

**Projektbericht**  
**Research Report**

# **Qualität in Arztpraxen**

## Ärztliche Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich

**T. Czypionka, S. Föbleitner, E. Six**



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN  
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES  
Vienna



**Projektbericht**  
**Research Report**

# **Qualität in Arztpraxen**

## **Ärztliche Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich**

**T. Czypionka, S. Föbleitner, E. Six**

Endbericht

Studie im Auftrag des Hauptverbandes  
der Österreichischen Sozialversicherungsträger

**April 2018**

**Institut für Höhere Studien (IHS), Wien**  
**Institute for Advanced Studies, Vienna**

**Kontakt:**

Dr. Thomas Czypionka  
☎: +43/1/599 91-127  
email: [czypionk@ihs.ac.at](mailto:czypionk@ihs.ac.at)

---

# Inhalt

<b>1. Einleitung</b>	<b>5</b>
<b>2. Hintergrund</b>	<b>6</b>
<b>3. Systeme in Europa</b>	<b>8</b>
3.1. Europäisches Praxisassessment (EPA) .....	8
3.2. Weitere Systeme .....	12
<b>4. Ländervergleich</b>	<b>15</b>
4.1. Österreich .....	15
4.1.1. Rechtsgrundlage und Hintergrund .....	15
4.1.2. ÖQMed .....	29
4.1.3. medQ .....	35
4.2. Deutschland .....	36
4.2.1. Rechtsgrundlage und Hintergrund .....	36
4.2.2. Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP) .....	42
4.2.3. Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) .....	45
4.2.4. Weitere QS-Systeme .....	47
4.3. Frankreich .....	50
4.3.1. Rechtsgrundlage und Hintergrund .....	50
4.3.2. Développement Professionnel Continu (DPC) .....	51
4.3.3. Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) .....	55
4.4. Niederlande .....	57
4.4.1. Rechtsgrundlage und Hintergrund .....	58
4.4.2. Registrierungssysteme .....	61
4.4.3. Weitere QS-Systeme: Zertifizierungen .....	63
4.5. England .....	65
4.5.1. Rechtsgrundlage und Hintergrund .....	65
4.5.2. Care Quality Commission (CQC) .....	66
4.5.3. General Medical Council (GMC) – Annual Appraisal .....	68
4.5.4. Weitere QS-Systeme .....	69
4.6. Exkurs: Neuseeland .....	72
<b>5. Positionierung Österreichs</b>	<b>75</b>
<b>6. Literaturverzeichnis</b>	<b>81</b>

## Abkürzungen

bspw.

ebd.

EBM

FG

ggf.

HTA

i.d.j.g.F.

s.u.

u.a.

vgl.

z.B.

beispielsweise

ebenda

evidence-based medicine

Fachgebiet

gegebenenfalls

Health Technology Assessment

in der jeweils geltenden Fassung

siehe unten

unter anderem

vergleiche (Verweis auf eine sinngemäße  
Zitierung einer Informationsquelle)

zum Beispiel

## Tabellen

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren EPA .....	9
Tabelle 2: Ziele Qualitätsstrategie .....	18
Tabelle 3: Qualitätsdimensionen laut ÖSG .....	25
Tabelle 4: Gesetzliche Verankerung der Qualitätssicherung in Österreich.....	27
Tabelle 5: Qualitätskriterien ÖQMed .....	31
Tabelle 6: Sozialgesetzbuch V - Paragraphen zur Qualitätssicherung .....	37
Tabelle 7: Qualitätszielkatalog QEP .....	43
Tabelle 8: Qualitätszielkatalog KTQ .....	45
Tabelle 9: Überblick über weitere QS-Systeme in Deutschland .....	48
Tabelle 10: Wichtige Akteure in der niederländischen Qualitätssicherung .....	59
Tabelle 11: CPD-Mindestanforderungen Neuseeland .....	73
Tabelle 12: Elemente der nationalen Qualitätssicherungssysteme .....	78

## Abbildungen

Abbildung 1: Qualitätskreislauf EPA .....	9
Abbildung 2: EFQM-Modell für Excellence .....	13
Abbildung 3: ÖQMed-Verfahren.....	30
Abbildung 4: Möglichkeiten zur Erfüllung der DPC-Verpflichtung.....	55
Abbildung 5: Beispielhafte Beurteilung durch die CQC .....	68
Abbildung 6: Beispielhafte Bewertung einer Arztpraxis anhand der NHS Choices .....	71



## 1. Einleitung

Da die ärztliche Profession eine Dienstleistung direkt am menschlichen Körper erbringt und dessen Physiologie zu beeinflussen versucht, ist in diesem Bereich in besonderem Maße auf die Sicherstellung von Qualität zu achten. Das Thema der Qualität erlangte in den letzten Jahren daher in vielen europäischen Gesundheitssystemen eine immer höhere Bedeutung – so auch in Österreich. Bestrebungen in diesem Bereich fanden ihren Niederschlag in zahlreichen Gesundheitsformen, aber auch im Bewusstsein der Patientinnen und Patienten.

Während die Qualitätsarbeit im stationären Bereich international etwas weiter entwickelt ist und zahlreiche Qualitätssicherungssysteme existieren, werden im niedergelassenen Bereich erst nach und nach Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungssysteme eingeführt - entweder aufgrund von Eigeninitiativen der Berufsvertretungen bzw. von Individuen oder durch gesetzliche Vorgaben. Zwar existiert in fast allen europäischen Ländern eine Pflicht zur Qualitätsarbeit in Arztpraxen, allerdings ist ihre Ausgestaltung recht heterogen und die einzelnen Ansätze unterscheiden sich deutlich in ihrer Güte. Aus diesem Grund lohnt es sich, einen Blick auf die unterschiedlichen Systeme zu werfen, um so nach „Best Practice“ zu suchen.

Der vorliegende Projektbericht widmet sich daher der Frage, welche Maßnahmen von öffentlicher Hand durchgeführt werden bzw. vorgeschrieben sind, um die ärztliche Qualität im niedergelassenen Bereich sicherzustellen. Hierzu soll ein Vergleich mit einigen europäischen Ländern angestellt und in einen Kontext zum österreichweiten Modell gesetzt werden.

Bei der Erstellung dieses Berichts wurde mittels Literaturrecherche die Situation bezüglich der Qualitätssicherung in mehreren europäischen Ländern näher beleuchtet. Von besonderem Interesse war hierbei, neben Österreich, vor allem Deutschland, da sich die Systeme recht ähnlich sind, aber auch Frankreich, die Niederlande und England fanden Berücksichtigung. Zudem wurden europaweite Projekte genauer untersucht und versucht, Österreich in diesem Spannungsfeld zu positionieren.

Der vorliegende Bericht gliedert sich nunmehr in die Darstellung der thematisch relevanten Begriffe (Kapitel 2) sowie der europaweiten Systeme (Kapitel 3). Kapitel 4 beinhaltet fünf verschiedene Länderberichte sowie einen Exkurs über das neuseeländische System der ärztlichen Qualitätssicherung, Kapitel 5 schließlich fasst die österreichische Positionierung vor dem daraus gewonnenen Bild zusammen.

## 2. Hintergrund

Eine einheitliche Definition davon, was Qualität im Gesundheitswesen ist, ist schwer auszumachen und muss am einzelnen Beispiel konkretisiert werden (vgl. Czypionka et al., 2006a). Allerdings gibt es einige Definitionen zu *medizinischer Qualität*, so auch von der US Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organisations: „Qualität ist der unter der Anwendung des derzeitigen Wissens vom medizinischen Versorgungssystem erreichte Grad der Wahrscheinlichkeit, für den Patienten/die Patientin erwünschte Therapieresultate zu erzeugen und unerwünschte Behandlungsergebnisse zu vermeiden“ (Hillenbrand et al., 1995, S. 22). Avedis Donabedian (1980), der sich schon früh mit Qualität im Gesundheitswesen beschäftigt hat, definiert sie folgendermaßen: „Qualität ist das Maß der Übereinstimmung zwischen dem Behandlungsergebnis und den zuvor formulierten Zielen guter Behandlung“. Donabedian (ebd.) unterscheidet zudem zwischen drei Dimensionen der Qualität: Während die *Strukturqualität* die erforderliche Menge und Qualität an personeller, sachlicher und technischer Ausstattung von Einrichtungen betrifft, wird unter *Prozessqualität* die Qualität der Abläufe verstanden und die *Ergebnisqualität* stellt auf das Resultat der Prozesse ab. Ganz allgemein könnte man die Dimensionen der Qualität auch folgenderweise in Beziehung setzen: „Das gewünschte Behandlungsergebnis (Ergebnisqualität) wird nur erreicht, wenn die entsprechenden Voraussetzungen (Strukturqualität) gegeben sind und auch der gesamte Behandlungsprozess (Prozessqualität) darauf abzielt“ (KBV, 2016, S. 139). Später wurde zudem noch eine vierte Dimension, die *Transferqualität*, zur Beschreibung der sektorenübergreifenden Versorgungsqualität unter Einbindung vieler Fachdisziplinen eingeführt (vgl. Eberl et al., 2008).

Die Internationale Normenorganisation ISO versteht unter *Qualitätsmanagement (QM)* alle aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität (vgl. ISO 9000:2015). Hierbei unterscheidet man zwischen internem und externem Qualitätsmanagement: Während das *interne QM* Strukturen, Ablaufprozesse und Ergebnisse innerhalb des Unternehmens sowie Aspekte der Qualitätsverbesserung umfasst, versteht man unter *externem QM* externe Vergleiche, u.a. durch Benchmarking oder Bewertung der Einrichtung vor Ort (Audit), die durch unabhängige BegutachterInnen durchgeführt werden (vgl. Eberl et al., 2008). Zusätzlich wird oftmals auch der Ansatz des „*Total Quality Management*“ (*TQM* ; dt.: umfassendes QM) angewandt, der danach strebt, alle MitarbeiterInnen und Bereiche aktiv in eine Organisationsform zu integrieren, die die Qualität in den Mittelpunkt stellt und den Erfolg und Benefit für die MitarbeiterInnen sowie für die Einrichtung über die Förderung der Zufriedenheit der PatientInnen ableitet (vgl. Schwartz et al., 2000, S. 593). Auf diese Weise wird verdeutlicht, dass Qualitätsmanagement kein einmaliges Ereignis sein kann, sondern wiederholte Anstrengungen unternommen werden müssen, um sich gleichsam zu immer besseren Ergebnissen hinaufzuarbeiten (vgl. Czypionka et al., 2006a).

Unter *Qualitätssicherung* (QS) hingegen versteht man die Darlegung und Durchführung geplanter und systematischer qualitätswirksamer Tätigkeiten, um Vertrauen zu schaffen, dass eine Einheit die Qualitätsforderung erfüllen wird (vgl. Pasche et al., 2001). Auch die Qualitätssicherung kann sowohl nach innen als auch nach außen gerichtet sein. Hierbei versucht die *interne* QS die Wirksamkeit eigener Maßnahmen bzw. Handlungsbedarf aufzuzeigen, während die *externe* QS nach außen wirkt, indem KundInnen, PartnerInnen oder der Öffentlichkeit die eigenen Maßnahmen und Ergebnisse präsentiert werden, wobei dies v.a. im Rahmen von Assessmentverfahren passiert (vgl. Cypionka et al., 2006a). Die Qualitätssicherung sollte Akzeptanz bei Leistungserbringern, PatientInnen und Kostenträgern finden, da die Motivation und Resonanz der Beteiligten eine wesentliche Voraussetzung ist, um zu gewährleisten, dass qualitätssichernde Maßnahmen nachhaltige Wirkungen entfalten können (vgl. Helou et al., 2002).

Methoden der Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements befassen sich daher in weiterer Folge mit der Art und Weise, wie vorhandene Einrichtungen, Verfahren, Maßnahmen und Dienstleistungen zum gesundheitlichen Wohl des Patienten/der Patientin verbessert und wie mögliche Schäden vermieden werden können (vgl. Helou et al., 2002).

Im niedergelassenen Bereich können im Bereich des Qualitätsmanagements sowie der Qualitätssicherung mehrere Methoden und Werkzeuge zur Anwendung kommen, um Qualität zu schaffen und sicherzustellen. Wie bereits im HSW I/2006 (Cypionka et al.) dargelegt wurde, gehören hierzu vor allem die Dokumentation des Qualitätsmanagements, Qualitätsindikatoren, Leitlinien und Selbst- sowie Fremd-Assessment, aber auch Qualitätszirkel, Benchmarking und Fehler- bzw. Riskmanagement. Um ein erfolgreiches QM nach außen darlegen zu können, wird in diesem Bereich vielfach der Prozess der Zertifizierung angewandt, wobei es wesentlich erscheint, dass externe QS immer in Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten durchgeführt wird (vgl. Cypionka et al., 2006a).

Welche Methode schlussendlich zum Einsatz kommt und inwieweit das Ziel der Qualitätssicherung verfolgt wird, ist einerseits von den gesetzlichen Rahmenbedingungen und den verpflichtenden Mindestanforderungen abhängig, andererseits jedoch auch von der (zusätzlichen) Bereitschaft der ÄrztInnen, eine qualitätsgesicherte Versorgung im niedergelassenen Bereich zu erbringen und sicherzustellen.

### 3. Systeme in Europa

In Europa gibt es nicht nur eine Vielfalt an Qualitätsinitiativen auf allen Versorgungsebenen, sondern auch mehrere Systeme, die versuchen, die Qualität im niedergelassenen Bereich sicherzustellen. Vielen dieser Modelle ist gemein, dass sie ein Grundgerüst haben, welches in den einzelnen Ländern von nationalen Organisationen adaptiert und in weiterer Folge umgesetzt wird. Allerdings gibt es auch solche, die europaweit einheitlich implementiert werden.

#### 3.1. Europäisches Praxisassessment (EPA)

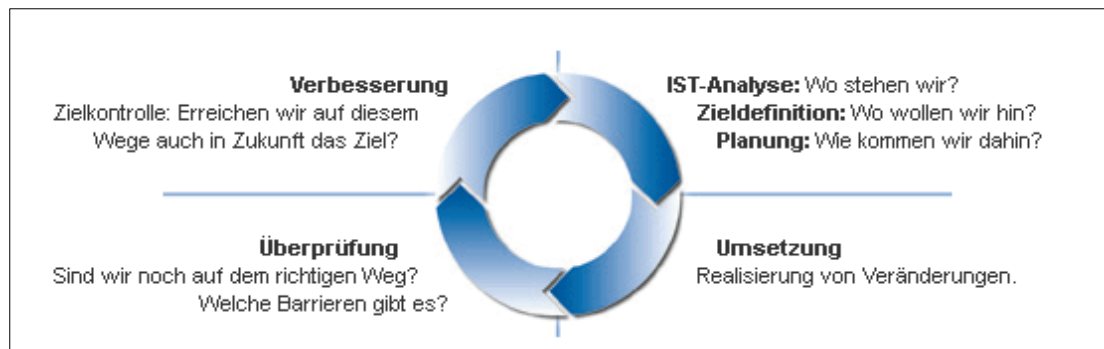
Das *Europäische Praxisassessment (EPA)* ist ein System zur Einführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements in Arztpraxen<sup>1</sup>, bei dem die umfassende Analyse aktueller Stärken und Verbesserungspotentiale der Praxen ein Kernelement bilden (vgl. Ärztliches Qualitätszentrum, 2009). Das Modell wurde im Jahr 2000 von einer Gruppe von Qualitätsexperten aus dem hausärztlichen Arbeitsbereich, unter der Leitung von Prof. R. Grol, gemeinsam mit der deutschen Bertelsmann Stiftung als Projekt ins Leben gerufen und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt (vgl. Europäisches Praxisassessment, 2017). Als wegweisend erwies sich dabei das niederländische „*Visitatie*“-Modell (siehe auch Abschnitt 4.4.2), auf dessen Basis ein umfangreicher Katalog von Indikatoren und Instrumenten entwickelt wurde (vgl. Praxisspiegel, 2016). Die nationale Umsetzung von EPA erfolgt durch Institutionen der einzelnen Länder, in Österreich ist das Ärztliche Qualitätszentrum für die Implementierung zuständig (vgl. Ärztliches Qualitätszentrum, 2009). Das Ärztliche Qualitätszentrum ist ein Verein und ist als solcher nicht nur für die Umsetzung von EPA zuständig, sondern bietet ÄrztInnen auch Information, Beratung und Fortbildungsmöglichkeiten in den Bereichen Qualitätssicherung und –management an (vgl. Ärztliches Qualitätszentrum, 2009).

Das Europäische Praxisassessment verfolgt als Qualitätsmanagementsystem die Ziele der kontinuierlichen Sicherung sowie stetigen Verbesserung der Qualität, der systematischen PatientInnenorientierung, der Erhöhung der Arbeitszufriedenheit bei ÄrztInnen und MitarbeiterInnen sowie der strukturierten Kooperation an den Nahtstellen der Versorgung (vgl. Ärztliches Qualitätszentrum, 2009). EPA basiert daher auf dem *Qualitätskreislauf*, oftmals auch als Qualitätsspirale, PDCA-Zyklus oder DEMING-Wheel bezeichnet, der einen systematischen und kontinuierlichen Zyklus der Weiterentwicklung im QM beschreibt (vgl. Europäisches Praxisassessment, 2017). Wie in Abbildung 1 dargestellt, wird anhand einer IST-Analyse so einerseits der Stand der Praxisorganisation festgestellt und andererseits jene Bereiche, die Verbesserungspotentiale haben, herausgestellt, damit adäquate Maßnahmen gezielt geplant und umgesetzt werden können (vgl. Ärztliches Qualitätszentrum, 2017). Der QM-Kreislauf schließt mit einer praxisinternen Auswertung der

<sup>1</sup> Das Wort „Arztpraxen“ wird hier synonym für Praxen von sowohl Ärztinnen als auch Ärzten verwendet.

umgesetzten Maßnahmen und beginnt anschließend von Neuem, wodurch ein dauerhafter Weiterentwicklungsprozess etabliert wird (vgl. Europäisches Praxisassessment, 2017).

**Abbildung 1: Qualitätskreislauf EPA**



Bei der Analyse werden durch EPA mehr als 200 qualitätsrelevante Aspekte eruiert und evaluiert, da diese klare Aussagen darüber zulassen, inwieweit wichtige Parameter in der Praxis erfüllt werden (vgl. Ärztliches Qualitätszentrum, 2009). Diese Qualitätsindikatoren werden in fünf übergreifenden Themenbereichen („Domänen“) zusammengefasst und in weiterer Folge in insgesamt 34 Dimensionen aufgeteilt, die wiederum aus mehreren Indikatoren bestehen können (vgl. ebd.). Nachfolgende Tabelle 1 stellt diese Domänen und ausgewählte Dimensionen bzw. die dazugehörigen Indikatoren exemplarisch dar.

**Tabelle 1: Qualitätsindikatoren EPA**

DOMÄNEN	DIMENSIONEN (Auswahl)	INDIKATOREN <sup>2</sup> (Auswahl)
<b>Infrastruktur</b>	Med. Ausstattung inkl. Medikamente	<i>Die Praxis hat eine Liste der verfügbaren (Notfall-) Medikamente.</i>
	Nicht-medizinische Ausstattung	<i>Die Praxis hat ein funktionierendes Faxgerät mit eigener Nummer.</i>
	Zugang/Einrichtungen für gehandikapte Personen	<i>Die Räumlichkeiten der Praxis sind für PatientInnen im Rollstuhl geeignet.</i>
<b>Menschen</b>	Perspektive der PatientInnen	<i>Die PatientInnen sind mit den Wartezeiten zufrieden.</i>
	Perspektive der nicht-ärztlichen	<i>Beurteilung der Arbeitsatmosphäre aus</i>

<sup>2</sup> Die Bezeichnung „Indikator“ kann hier etwas irreführend sein, wird jedoch als solches im EPA-Konzept verwendet. Gemeint sind Referenzwerte, die das Vorliegen von guter Qualität anzeigen.

	MitarbeiterInnen	<i>Sicht der nicht-ärztlichen MitarbeiterInnen.</i>
	Aus- und Weiterbildung	<i>Jede/-r MitarbeiterIn hat einen persönlichen Lern-/Fortbildungsplan.</i>
<b>Informationen</b>	Geheimhaltung und Ungestörtheit	<i>PatientInnenakten werden nicht sichtbar dort liegengelassen, wo sie für andere zugänglich sind.</i>
	Prävention	<i>Maßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung</i>
	Kommunikation mit anderen Leistungserbringern	<i>Die Praxis verfügt über ein aktuelles Verzeichnis der lokalen Leistungserbringer.</i>
<b>Finanzen</b>	Finanzielle Leitung und Verantwortung	<i>Die Verantwortung für die Finanzverwaltung ist in der Praxis klar definiert.</i>
	Finanzielle Planung	<i>Die Praxis führt einen detaillierten Bericht über: Einnahmen/ Ausgaben/ Barzahlungen/ Forderungen.</i>
	Jährlicher Bericht (retrospektiv)	<i>Die Praxis erstellt einen jährlichen Bericht, welcher alle Einnahmen und Ausgaben beinhaltet.</i>
<b>Qualität und Sicherheit</b>	Qualitätsentwicklung, Qualitätspolitik	<i>Die Praxis erstellt einen jährlichen Qualitätsbericht.</i>
	Beschwerdemanagement	<i>Die Praxis analysiert und diskutiert die Patientenbeschwerden.</i>
	Fehlermanagement	<i>Die Praxis trifft Maßnahmen zur Vermeidung kritischer Ereignisse.</i>

Quelle: Szecsenyi J. (2005), eigene Darstellung

Abhängig von der ärztlichen Disziplin gibt es unterschiedliche EPA-Systeme, wie beispielsweise für HausärztInnen oder FachärztInnen, der Implementierungsprozess in den einzelnen Praxen ist jedoch immer gleich und besteht aus folgenden fünf Schritten (vgl. Ärztliches Qualitätszentrum, 2009):

**1. Vorbereitung der Praxis und des Teams:** Als ersten Schritt erhält das gesamte Praxisteam detaillierte Informationen zu den Inhalten und Abläufen von EPA, zudem werden die Ziele des Qualitätsmanagementsystems diskutiert.

2. *Evaluation*: Im Zuge der Evaluierung wird der IST-Zustands der Praxis anhand der Erhebungsinstrumente „Selbstassessment“, „MitarbeiterInnenbefragung“, „PatientInnenbefragung“, „Praxisbegehung“ („Visitation“) und „Interview“ gemessen und objektiviert.

3. *Moderierte Teambesprechung*: Im Anschluss an die Evaluation werden die Ergebnisse präsentiert, die Potentiale der Praxis, mit Unterstützung des geschulten Visitors<sup>3</sup>, erarbeitet und konkrete Qualitätsziele vereinbart.

4. *Benchmarking*: Hierbei werden die Ergebnisse durch Vergleiche mit anderen Praxen interpretiert, wobei die Vergleichsgruppe wählbar ist (z.B. nur § 2-VertragsärztInnen). Eine eigens entwickelte, internetbasierte Software, *VISOTOOL*, ermöglicht zudem Vergleiche mit anderen EPA-TeilnehmerInnen sowie internationale Benchmarks.

5. *Organisation der Qualitätsprojekte*: Der fünfte Implementierungsschritt stellt die kontinuierliche Umsetzung von Qualitätszielen in den Vordergrund, wobei die Praxis durch zahlreiche Materialien, wie beispielsweise ein Musterordinationshandbuch, sowie durch optionale Themenworkshops von EPA unterstützt wird.

Ordinationen, die den EPA-Prozess erfolgreich durchlaufen haben und festgelegte Zertifikatskriterien erfüllen, können im Anschluss daran an einer freiwilligen, unabhängigen Zertifizierung durch die *Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed)* teilnehmen (vgl. Ärztliches Qualitätszentrum, 2009). Durch das Zertifikat können Ordinationen ihre Qualitätsbemühungen für alle sichtbar darlegen sowie sicherheitsrelevante Standards dokumentieren, was vor allem den PatientInnen zugutekommt (vgl. ebd.).

Das *Europäische Praxisassessment* soll sich von anderen Qualitätsmanagementsystemen vor allem dadurch unterscheiden, dass es ergebnisorientiert arbeite, auf die Bedürfnisse von Arztpraxen zugeschnitten und sehr zeitsparend sowie unbürokratisch umsetzbar sei (vgl. Praxissiegel, 2016). Vorteile gegenüber anderen QM-Modellen bestehen darüber hinaus in dem mehrperspektivischen Ansatz, der die Blickwinkel von sowohl den ÄrztInnen selber, als auch jene der MitarbeiterInnen und PatientInnen berücksichtigt, in der wissenschaftlichen Fundierung des Systems sowie in dem anonymen Benchmarking (vgl. u.a. auch ebd.). Zudem wurde das EPA-Modell eigens für den Einsatz in Arztpraxen entwickelt, wodurch der Nutzen verglichen mit anderen, generellen Qualitätsmanagements- und Qualitätssicherungssystemen, höher erscheint (vgl. Czepionka et al., 2006a). Dies wurde auch in einer vom AQUA-Institut durchgeführten Studie bestätigt, die die Effektivität von EPA mittels einer Vorher-Nachher-Studie überprüft und zu dem Ergebnis kommt, dass in sehr

---

<sup>3</sup> Bei EPA wird unter einem/r „Visitor“ ein/e speziell geschulte/r Arzt/Ärztin verstanden, der/die nach Terminabsprache die Praxis besucht.

vielen Bereichen signifikante und relevante Verbesserungen durch die Einführung und Umsetzung von EPA erzielt werden konnten (vgl. Götz et al., 2011).

### 3.2. Weitere Systeme

Im methodischen Gegensatz zu dem in 3.1 dargestellten System des *Europäischen Praxisassessment*, gibt es in Europa ebenso eine Vielzahl an Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementsystemen, die ursprünglich für den industriellen Bereich entwickelt worden sind, nach und nach aber auch für das Gesundheitswesen als Ganzes bzw. den niedergelassenen Bereich im Speziellen adaptiert und in weiterer Folge implementiert wurden. Zu diesen zählen allen voran die *International Organization for Standardization* (ISO; dt.: *Internationale Organisation für Normung*), aber auch das Modell der *European Foundation for Quality Management* (EFQM; dt.: *Europäische Stiftung für Qualitätsmanagement*). Das System des *Common Assessment Framework* (CAF; dt.: *Gemeinsamer Bewertungsrahmen*) hingegen richtet sich speziell an Organisationen des öffentlichen Sektors und könnte somit direkt auf den Gesundheitssektor angewandt werden, wenn auch beschränkt für den niedergelassenen Bereich.

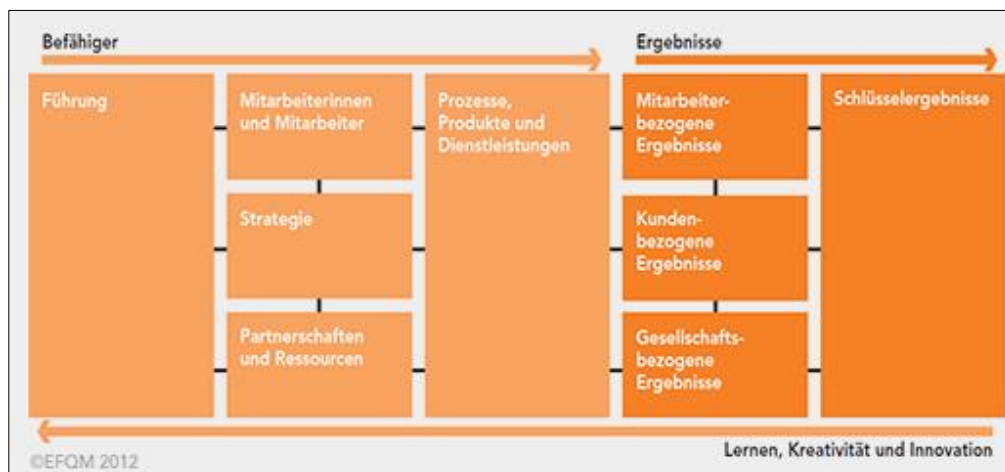
Die *International Organization for Standardization* (ISO) ist ein internationales, unabhängiges, nichtstaatliches Netzwerk bestehend aus 163 nationalen Normungsorganisationen (vgl. ISO, 2017). Als solches erarbeitet es seit 1946 für alle Bereiche des Lebens Normen, um sowohl einheitliche Standards als auch Qualität, Sicherheit und Effizienz sicherzustellen, welche in weiterer Folge von den nationalen Organisationen übernommen werden (vgl. ebd). Die *Normenserie ISO 9000 ff*, welche erstmals 1987 herausgegeben und seither mehrmals überarbeitet wurde, legt die Normen des Qualitätsmanagements fest, die ein solches zu erfüllen hat, wodurch es sich nicht um ein Qualitätsmanagementsystem im eigentlichen Sinn handelt, aber dennoch von Relevanz ist (vgl. Cypionka et al., 2006a). Zwar wurde die QM-Normenserie ursprünglich für die Industrie entwickelt, allerdings fand sie in den letzten Jahren auch immer mehr Verwendung in anderen Bereichen, darunter auch im Gesundheitswesen und hier auch im niedergelassenen Bereich. Im Jahr 2012 wurde dann erstmals eine bereichsspezifische Norm des QM-Systems für Organisationen in der Gesundheitsversorgung, die *ÖNORM EN 15224*, erlassen (vgl. Quality Austria, 2013). Diese stellt das klinische Risikomanagement und die Erfüllung gesetzlicher/behördlicher Auflagen sowie die Erfüllung von Qualität in der Gesundheitsversorgung, unter Berücksichtigung von elf Qualitätsmerkmalen, zu denen beispielsweise eine angemessene, richtige sowie evidenzbasierte Versorgung oder die Einbeziehung der PatientInnen zählen, in den Mittelpunkt der Betrachtung (vgl. ebd). Bei Erfüllung der vorgegebenen Kriterien, von entweder der branchenunabhängigen Normenserie 9000ff oder der speziellen Norm 15224, ist eine freiwillige Zertifizierung von niedergelassenen ÄrztInnen durch externe Zertifizierungsstellen, wie beispielsweise *Quality*



*Austria*, möglich (vgl. Quality Austria, 2017a). Dieses Zertifikat fungiert somit als Gütesiegel im Sinne der ISO-Richtlinien für die in der Arztpraxis erbrachte Qualität und symbolisiert als solches den PatientInnen, dass in der Praxis auf Qualität und deren Sicherstellung geachtet wird.

Auch die *European Foundation for Quality Management (EFQM)* hat ihren Ursprung in der Industrie und wurde 1989 von 14 europäischen Unternehmen mit dem Ziel, die europäische Wettbewerbsfähigkeit zu verbessern, gegründet (vgl. EFQM, 2017). Um Unternehmen in dieser Hinsicht zu unterstützen, wurde das *EFQM-Excellence-Modell* geschaffen, eine Arbeitsanweisung für Qualitätsmanagement, die sich stark am TQM-Ansatz orientiert (vgl. Czipionka et al., 2006a). Das Modell, dargestellt in Abbildung 2, basiert auf neun Kriterien, die alle Bereiche des Unternehmens einbinden und von denen fünf auf die sogenannten „Befähiger“ und vier auf Ergebnisse abzielen (vgl. EFQM, 2017). Die „Befähigerkriterien“ sind „Führung“, „Strategie“, „MitarbeiterInnen“, „Partnerschaft und Ressourcen“ sowie „Prozesse, Produkte und Dienstleistungen“ und befassen sich mit dem Erarbeiten von Struktur- und Prozessqualität (vgl. ebd.). Zu den „Ergebniskriterien“ hingegen zählen die „MitarbeiterInnenbezogenen Ergebnisse“, die „KundInnenbezogenen Ergebnisse“, die „Gesellschaftsbezogenen Ergebnisse“ sowie die „Schlüsselergebnisse“, was dem Ansatz des TQM entspricht, der alle Perspektiven berücksichtigen und miteinbeziehen möchte (vgl. ebd.).

**Abbildung 2: EFQM-Modell für Excellence**



Quelle: EFQM-Kriterienmodell, 2012

Ziel des EFQM-Modell für Excellence ist es, die Leistung von Unternehmen zu verbessern, um „Excellence“ zu erreichen, wobei dies unter anderem durch die Schaffung von Nutzen für KundInnen, durch die Förderung von Kreativität und Innovation oder auch durch die

Erzielung von dauerhaft herausragenden Ergebnissen, realisiert werden kann (vgl. EFQM, 2017). Als Symbol und Auszeichnung für besondere Qualitätsbemühungen werden an die mittlerweile mehr als 500 Mitgliedsunternehmen sowohl europaweite Auszeichnungen, wie der *EFQM Excellence Award (EEA; dt.: Europäischer Qualitätspreis EFQM)*, als auch nationale Preise, zu denen beispielsweise der Austrian Quality Award oder der deutsche Ludwig-Erhard-Preis zählen, vergeben (vgl. EFQM, 2017 & Cypionka et al., 2006a). Da dieses QM-System über alle Branchen und Berufsgruppen hinweg einsetzbar ist, können auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als UnternehmerInnen das EFQM-Excellence-Modell einführen und eine Auszeichnung für besondere Qualitätsbemühungen in ihrer Praxis anstreben bzw. erhalten und so ein Zeichen für Qualitätssicherung setzen.

Das System des *Common Assessment Framework (CAF)* ist ein europäisches Qualitätsbewertungssystem und als solches ein Instrument zur Selbstbewertung für Organisationen des öffentlichen Sektors (vgl. KDZ, 2015). CAF ist ein Instrument des Total Quality Managements und beinhaltet wesentliche Teile des EFQM-Modells, vor allem was die Teilung des Modells in „Befähigerkriterien“ und „Ergebniskriterien“ betrifft (vgl. EIPA, 2017). CAF gibt dabei einen Raster vor, anhand dessen die MitarbeiterInnen und Führungskräfte ihre Organisation selbst bewerten und gemeinsam deren Stärken sowie Verbesserungspotentiale definieren können, wodurch sich CAF zu einem Werkzeug der „Verwaltungsreform“ entwickelt hat (vgl. KDZ, 2015). Wie auch das Europäische Praxisassessment, baut auch dieses QM-Modell auf dem Durchlaufen des Qualitätszirkels auf und endet mit der Beantragung eines Gütesiegels, welches an jene Organisationen verliehen wird, die alle notwendigen Kriterien dafür erfüllen (vgl. ebd.). Es sei jedoch angemerkt, dass das CAF-Modell im niedergelassenen Bereich durch seine Prämissen nur bedingt zur Anwendung kommen kann, wobei selbstständige Ambulatorien<sup>4</sup> oder auch Primärversorgungszentren, sofern diese die Rechtsform eines selbstständigen Ambulatoriums besitzen, hierbei eine Ausnahme bilden.

---

<sup>4</sup> Selbstständige Ambulatorien gelten laut KAKuG § 2 Abs. 1 als Krankenanstalten und somit rechtlich, sofern sie entsprechend § 16 KAKuG „gemeinnützig“ sind, als Organisationen des öffentlichen Rechts, erbringen jedoch Leistungen im niedergelassenen Bereich (vgl. BMG, 2013 & KAKuG, 2017).

## 4. Ländervergleich

### 4.1. Österreich

Seit der Jahrtausendwende wurden auch in Österreich stärkere Bemühungen unternommen, um die Qualität im Gesundheitswesen sicherzustellen und zu garantieren. Ausgelöst durch die Gesundheitsreform 2005 (Gesundheitsreformgesetz 2005, BGBl. I Nr. 179/2005), wurden seitdem mehrere Aktivitäten gesetzt, Gesetze und Verordnungen, wie etwa das Gesundheitsqualitätsgesetz, Bundesqualitätsleitlinien oder Bestimmungen zu A-IQI, erlassen sowie Institute, die sich mit der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen beschäftigen, geschaffen, so beispielsweise das BIQG, die ÖQMed oder auch die medQ. Auch wenn sich der Großteil der bisherigen Anstrengungen auf den stationären Bereich bezieht, so wurde, vor allem in den letzten Jahren, neben dem intramuralen auch der niedergelassene Bereich stärker in die Qualitätssicherung eingebunden und entsprechende Gesetze verabschiedet bzw. Grundlagen geschaffen.

Die Abwicklung der Qualitätssicherung in niedergelassenen ärztlichen Ordinationen erfolgt durch die *Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed)*, ein Tochterunternehmen der *Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK)*. Diese ist dazu verpflichtet, Qualitätskriterien auszuarbeiten, die Qualität zu evaluieren und zu kontrollieren und ein Qualitätsregister zu führen. Im zahnärztlichen Bereich wird die Evaluierung u.a. von der *Medical Quality GmbH (medQ)* durchgeführt, allerdings findet sich im Gesetzestext keine explizite namentliche Nennung einer Einrichtung, die die Qualitätssicherung durchzuführen hat. Neben der verpflichtenden Überprüfung durch die ÖQMed bzw. Einrichtungen für Qualitätssicherung im zahnärztlichen Bereich, gibt es weitere Möglichkeiten zur Qualitätssicherung, die Ärztinnen und Ärzte freiwillig in Anspruch nehmen können, zu denen die in Kapitel 3 vorgestellten europaweiten Systeme zählen.

#### 4.1.1. Rechtsgrundlage und Hintergrund

„Das Gesundheitsqualitätsgesetz (BGBl. I Nr. 179/2004 i.d.j.g.F.) sowie die zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung vereinbarte Qualitätsstrategie bilden die Grundlagen der Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen“ (BMGF, 2017, S. 71). Wichtige Rechtsgrundlagen finden sich zudem noch in den Vereinbarungen gemäß Artikel 15a des Bundesverfassungsgesetz über die Zielsteuerung Gesundheit sowie die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, im Bundeszielsteuerungsvertrag, im (Zahn-) Ärztegesetz, in der Verordnung der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Gruppenpraxen und im Österreichischen Strukturplan Gesundheit.

Laut § 1 Abs. 1 des **Gesundheitsqualitätsgesetzes (GQG)** ist zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen systematische Qualitätsarbeit zu implementieren und intensivieren. Die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, zur Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems haben bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend, insbesondere auch einschließlich des niedergelassenen Bereichs, zu erfolgen. Sie haben die Prinzipien der Patientinnen- und Patientenorientierung und Transparenz zu berücksichtigen und die Qualität bei der Erbringung der von Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der Patientinnen- und Patientensicherheit nachhaltig zu fördern und zu gewährleisten. In § 1 Abs. 2 (GQG) wird zudem festgehalten, dass die Qualitätsarbeit einen wesentlichen Beitrag zur mittel- und langfristigen Steigerung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen zu leisten und somit zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und deren langfristigen Finanzierbarkeit beizutragen hat. Dabei sind im Sinne des Qualitätssystems die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu berücksichtigen. Diese haben in einem direkten und ausgewogenen Verhältnis zueinander zu stehen, wobei die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Ergebnisqualitätsindikatoren und deren Messung in allen Sektoren des Gesundheitswesens vorrangig ist (§ 5 Abs. 1 GQG).

Die **Vereinbarungen gemäß Artikel 15a des Bundesverfassungsgesetzes (B-VG) über die Zielsteuerung Gesundheit bzw. die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens** definieren die Dimensionen der Qualitätsarbeit noch etwas genauer: Die Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich ist weiterzuentwickeln, wobei eine einheitliche Diagnose- und Leistungsdokumentation aufzubauen und bei allen Gesundheitsdiensteanbietern verpflichtend umzusetzen ist (15a Vb. OF, Art. 8 Abs. 5). Im Bereich der Prozessqualität sind für jene Bereiche, wo dies als notwendig und vordringlich erachtet wird, österreichweit einheitliche Qualitätsstandards festzulegen (15a Vb. OF, Art. 8 Abs. 4). Im Bereich der Strukturqualität werden die Kriterien im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt (15a Vb. OF, Art. 8 Abs. 6).

Das Gesundheitsqualitätsgesetz sieht in § 9 überdies die Einrichtung eines „Bundesinstitutes für Qualität im Gesundheitswesen“ vor, welches insbesondere folgende Aufgaben wahrzunehmen hat: (1) Mitwirkung bei der Erstellung von allgemeinen Vorgaben und Grundsätzen, (2) Überprüfung, Empfehlung sowie Erarbeitung von Qualitätsstandards, die von der Bundesministerin/ dem Bundesminister für Gesundheit erlassen (Bundesqualitätsrichtlinien) oder als Orientierungshilfe (Bundesqualitätsleitlinie) empfohlen werden können, (3) Erstellung von Qualitätsberichten, (4) Durchführung von bzw. Mitwirkung bei der Setzung von Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen, (5) Durchführung der bzw. Mitwirkung an der Kontrolle der Einhaltung der Bestimmungen dieses Gesetzes und der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Verordnungen oder sonstiger Vorgaben, sowie (6) Unterstützung der Bundesministerin/ des Bundesministers für Gesundheit bei der bundesweiten Koordinierung von Qualitätsmaßnahmen zum Zweck der nationalen und

internationalen Vergleichbarkeit von Gesundheitsleistungen. Auf Basis dessen wurde 2007 das *Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG)* gegründet, dem im Auftrag des Bundes somit die Entwicklung, Umsetzung und regelmäßige Evaluation eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems, das den Prinzipien der PatientInnenorientierung, der Transparenz, der Effektivität sowie der Effizienz zu folgen hat, obliegt (vgl. BIQG, 2017).

In Art. 8 Abs. 2 der Vereinbarungen gemäß Artikel 15a des Bundesverfassungsgesetzes über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wird zudem festgehalten, dass bei der Qualitätsarbeit und den vereinbarten bzw. zu vereinbarenden Qualitätsanforderungen eine Ausgewogenheit zwischen dem stationären und ambulanten Bereich sicherzustellen ist. Art. 8 Abs. 3 der Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG spezifiziert weiter, dass die Sicherstellung der Qualität einschließlich der Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen, unabhängig davon, in welcher Institution bzw. Einrichtung die Gesundheitsleistungen und von welchem Gesundheitsdienstanbieter sie erbracht werden, verpflichtend ist, dass sicherzustellen ist, dass die Einhaltung der festgelegten essentiellen Qualitätsstandards Voraussetzung für die Erbringung und Verrechnbarkeit der Leistungen ist sowie dass die beschlossenen Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement verbindlich in allen Gesundheitseinrichtungen und bei allen Gesundheitsdienstanbietern weiter umgesetzt werden.

Auf Grundlage der Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG ZG und OF sowie des 2017 verabschiedeten Vereinbarungsumsetzungsgesetzes (VUG 2017), wurde der **Zielsteuerungsvertrag (ZV)** erlassen. Im Zielsteuerungsvertrag 2017-2021 wird im Bereich der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich einerseits ein Bekenntnis zur Qualität im Gesundheitswesen (ZV 2017-2021, Art. 3.4) abgegeben und andererseits im operativen Ziel 8 die „Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich“ festgehalten. Im Zuge des letzteren sollen bis Ende 2021 mehrere Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene umgesetzt werden, die von der regelmäßigen Publikation eines Qualitätsberichtes über das Ausrollen der Qualitätsmessung von Pilotprojekten im gesamten ambulanten Bereich auf Landesebene bis hin zur Vorbereitung einer sektorenübergreifenden codierten Diagnosedokumentation im gesamten ambulanten Bereich reichen.

Die **Qualitätsstrategie** wurde unter Berücksichtigung der bereits bestehenden Regelungen im Gesundheitsqualitätsgesetz und den Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG entwickelt und im Jahr 2010 beschlossen. Sie richtet sich gleichermaßen an Entscheidungsträger, Finanziere und Gesundheitsdienstleister und soll deren Handeln entsprechend lenken. Zudem wird sie regelmäßig auf ihre Gültigkeit, Anwendbarkeit und Umsetzung geprüft und entsprechend angepasst. Die Qualitätsstrategie ist somit Grundlage, um weitere Qualitätsaktivitäten koordiniert und gebündelt setzen zu können und bestimmt als solches den kontinuierlichen Verbesserungsprozess des österreichischen Gesundheitswesens. Die Vision der Qualitätsstrategie wird daher wie folgt formuliert: „Die österreichische Qualitätsstrategie trägt wesentlich zur kontinuierlichen Weiterentwicklung, Verbesserung und

flächendeckenden Sicherung der Qualität in allen Sektoren des Gesundheitswesens bei. Sie unterstützt angemessene und die vor allem sichere Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Qualität wird zum Leit- und Steuerungskriterium des österreichischen Gesundheitswesens“. Um diese Vision umzusetzen, sollen die in Tabelle 2 dargestellten Ziele erreicht werden, wobei sich die Qualitätsstrategie an folgenden Werten ausrichtet: Die PatientInnenorientierung und die Sicherheit der PatientInnen sowie der MitarbeiterInnen des Systems stehen im Vordergrund, die Leistungen sollen effektiv im Sinne des bestmöglichen Ergebnisses und effizient im Sinne eines wirtschaftlichen Mitteleinsatzes erbracht werden und die Gleichbehandlung von BürgerInnen beim Zugang und der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen wird von allen Entscheidungsträgern und Gesundheitsdienstleistern unterstützt. Da zudem auf kooperatives und partizipatives Vorgehen geachtet und Entscheidungen aufgrund rationaler, evidenzbasierter Überlegungen getroffen werden sollen, kann sich das Gesundheitswesen zu einem lernenden System entwickeln, in dem Anreize vor Sanktionen gesetzt werden, ein berufsgruppenübergreifender Ansatz unterstützt und größtmögliche Transparenz gefördert wird (vgl. BMG, 2010).

**Tabelle 2: Ziele Qualitätsstrategie**

Ziel	Beschreibung (Auswahl)
<b>Kontinuierliche Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sektoren- und berufsgruppen-übergreifender Ansatz im Sinne integrierter Versorgung</li> <li>- HTA und EBM als Entscheidungsunterstützung</li> <li>- PatientInnen-Befragungen</li> <li>- Entwicklung , Umsetzung und Evaluierung von evidenzbasierten, berufs- und sektorenübergreifenden Behandlungsstandards sowie von Instrumenten der Prozessorientierung und Ergebnisqualitätsmessung</li> </ul>
<b>Sektorenübergreifende(s) Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestanforderungen/ Rahmenbedingungen an QM-Systeme festgelegt, evaluiert und weiterentwickelt</li> <li>- verstärkte Bewusstseinsbildung</li> </ul>
<b>Gewährleistung der Transparenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verbesserte Datenlage zur Qualitätsbewertung sowie Einführung von bundesweiten Registern</li> <li>- Erfassung von Indikatoren zu Prozessen und Ergebnissen durch Routinedaten und damit verbundene Einführung von Rückmelde- und Benchmarking-Systemen</li> <li>- Herstellung von Transparenz zu Angebot, Erbringung und Ergebnis der Gesundheitsleistungen</li> <li>- Erstellung und Veröffentlichung von Qualitätsberichten sowie Aufbau eines unabhängigen Gesundheitsportals</li> </ul>

	im Internet
<b>Etablierung einer Risiko- und Sicherheitskultur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sicherheit der PatientInnen und MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen</li> <li>- Etablierung eines Maßnahmenkatalogs für Meldung und Bearbeitung von „unerwünschten Ereignissen“, „medizinisch/klinischen Fehlern“ und „Beinahe-Fehlern“</li> </ul>
<b>Kontinuierliche Qualitätsverbesserung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Setzung von Anreizen zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung</li> </ul>
<b>Aus-, Fort- und Weiterbildung für Angehörige der Gesundheitsberufe in Theorie und Praxis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aus-, Fort- und Weiterbildung zur dauerhaften Kompetenzerhaltung und Kompetenzerweiterung</li> <li>- höhere Professionalisierung auf Gebiet des QM und der QS</li> <li>- Offenlegung von Zuwendungen (von z.B. Pharmafirmen) an Gesundheitsdienstleister und Entscheidungsträger</li> </ul>
<b>Umsetzung der Qualitätsziele</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gegenseitige Unterstützung, verstärkte Kooperation und Koordination bei der Umsetzung der Qualitätsziele auf Bundes-, Länder- und Sozialversicherungsebene</li> <li>- BIQG als zentrale, wissenschaftlich unabhängige Koordinationsstelle</li> </ul>
<b>Vereinbarung und Umsetzung von operativen Zielen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zur Umsetzung der Qualitätsstrategie sollen operative Ziele vorgeschlagen und umgesetzt werden (s.u.)</li> </ul>

Quelle: BMG (2010), eigene Darstellung

Um dem Ziel „Vereinbarung und Umsetzung von operativen Zielen“ der Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen gerecht werden zu können, wurden in weiterer Folge im Jahr 2012 operative Ziele formuliert. Vor dem Hintergrund beschränkter finanzieller und zeitlicher Ressourcen aller Systempartner wurden fünf Zielbereiche als höchst dringlich priorisiert. Die geplante umfassende Qualitätsberichtserstattung macht auf allen Ebenen und in allen Sektoren Verbesserungspotentiale deutlich und motiviert die Systempartner, effektive Qualitätsverbesserungsmaßnahmen zu setzen. Mit vier Instrumentarien „Themenqualitätsberichte“, „Berichterstattung Qualitätssysteme“, „PatientInnenbefragung“ und „Ergebnisqualitätsmessung“ werden die zentralen Qualitätsbewertungsverfahren geschaffen. Während die „Themenqualitätsberichte“ über aktuelle Herausforderungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens in regelmäßigen Abständen berichten und Handlungsfelder aufzeigen, werden im Zuge der „Berichterstattung über Qualitätssysteme“ Verbesserungspotentiale in bereits etablierten Qualitätssystemen aufgezeigt. Ein ähnliches Ziel verfolgt auch die „kontinuierliche Ergebnisqualitätsmessung“, die Routinedaten und zusätzlich erhobene Ergebnisqualitätsdaten laufend anhand bundesweit einheitlicher Indikatoren für alle Akutspitäler analysiert und veröffentlicht. Da jedoch der extramurale

sowie der Rehabilitationsbereich in diesen Belangen noch nicht erfasst ist, sollen zudem Konzepte zur Erfassung der Qualitätssysteme sowie der Ergebnisqualität sektorenübergreifend erstellt werden. Das Instrument der „PatientInnenbefragung“ hingegen zielt darauf ab, die Erfahrungen der PatientInnen mit den Versorgungsprozessen und insbesondere mit den Kommunikations- und Betreuungsprozessen an den Schnittstellen zu erheben, zu analysieren und in weiterer Folge zu publizieren. Der fünfte priorisierte Zielbereich betrifft die PatientInnensicherheit, die im Zuge dessen im österreichischen Gesundheitswesen gemäß internationaler Standards weiterentwickelt werden soll. Zudem werden auch weitere Zielbereiche als wesentlich für die Umsetzung der Qualitätsstrategie angesehen, zu denen die folgenden gezählt werden: (1) Qualitätsmanagement in den Gesundheitseinrichtungen, (2) Nahtstellenmanagement, (3) Präoperative Diagnostik, (4) breiter Einsatz von HTA und EBM, (5) Anreizmechanismen und (6) Qualität in der Fort- und Weiterbildung. Die Weiterführung vielerorts laufender Initiativen und Projekte in diesen Zielbereichen wird unterstützt, wobei insbesondere deren lokale Umsetzung intensiv vorangetrieben werden soll (vgl. BMG, 2012).

Da sowohl der Bundeszielsteuerungsvertrag (B-ZV 2013-2016, Operatives Ziel 8.2.2) als auch die Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen eine Definition von bundeseinheitlichen **Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme** und in weiterer Folge deren schrittweise Einführung und Evaluierung verlangen, wurden im Jahr 2014 im Auftrag der Bundes-Zielsteuerungskommission Mindestinhalte für die Qualitätsarbeit im stationären und ambulanten/ niedergelassenen Bereich festgehalten. „Die Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme legen einen Rahmen fest, um die PatientInnensicherheit sowie die Sicherheit der MitarbeiterInnen zu erhöhen, den politisch Verantwortlichen einen strukturierten Nachweis der erfüllten Anforderungen zu übermitteln und sind Grundlage für zukünftige Berichterstattungen“. Folgende sechs Kategorien für Mindestanforderungen an Qualitätsarbeit werden für sowohl den stationären als auch den ambulanten/ niedergelassenen Bereich festgelegt: 1. Strukturqualitätskriterien (z.B. strukturelle Verankerung, Dokumentenmanagement/Datenschutz), 2. Prozesse (Leistungen ; bspw. Instrumente zur Qualitätssicherung von Praxen), 3. Risikomanagement/ PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit (z.B. Fehlermanagement), 4. PatientInnenorientierung (u.a. Beschwerdenmanagement), 5. MitarbeiterInnenorientierung (bspw. Schulungen) und 6. Transparenz/ Ergebnisqualität (z.B. kontinuierliche Weiterentwicklung). Gesundheitsdienstleister mit bereits implementierten QM-Systemen, wie beispielsweise EPA oder EFQM, bzw. mit regelmäßigen Berichterstattungen müssen im Anschluss an die Einführung der Mindestanforderungen keinesfalls ihre Systeme komplett neu strukturieren bzw. neu aufsetzen, sondern lediglich nach einem Abgleich mit den definierten Mindestanforderungen etwaige fehlende Anforderungen ergänzen (vgl. BMG, 2014).

Im Bereich der Qualitätssicherung sieht das **Ärztegesetz** (BGBl I Nr. 169/1998 i.d.j.g.F) in § 49 Abschnitte 2a und 2b vor, dass ÄrztInnen und Gruppenpraxen regelmäßig eine umfassende Evaluierung der Qualität durchzuführen und die jeweiligen Ergebnisse der



ÖQMed zu übermitteln haben und dass, wenn die Evaluierung oder Kontrolle eine unmittelbare Gefährdung der Gesundheit ergibt, dies als eine schwerwiegende Berufspflichtverletzung einen Kündigungsgrund im Sinne des § 343 Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (BGBl I Nr. 189/1955) darstellt, sofern die fachspezifischen Qualitätsstandards im Hinblick auf die Prozess- und Strukturqualität betroffen sind. Zur Evaluierung und Kontrolle der Qualität soll laut den §§ 118a-d eine Gesellschaft für Qualitätssicherung in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung durch die Österreichische Ärztekammer errichtet werden, in der zudem die Organe eines wissenschaftlichen Beirats sowie eines Evaluierungsbeirates vertreten sind. Die genaue Verfahrensweise zur Evaluierung und Kontrolle wird in § 118e festgehalten: Laut Abs. 1 hat die ÖQMed zumindest alle fünf Jahre und darüber hinaus im Anlassfall unter Einbindung des Evaluierungsbeirates eine Evaluierung der niedergelassenen ÄrztInnen einschließlich Gruppenpraxen mittels fachspezifischer Evaluierungsbögen durchzuführen und die Ergebnisse der Selbstevaluierung (durch die ÄrztInnen) stichprobenartig durch (angekündigte) Besuche der Ordinationsstätten sowie Sitzte der Gruppenpraxen zu überprüfen. Unabhängig davon können jedoch solche Besuche auch aufgrund begründeter Anregungen der Österreichischen Ärztekammer, der Ärztekammern der Bundesländer, der Sozialversicherungsträger, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Vertreter von PatientInneninteressen sowie der Behörden durchgeführt werden. In Abschnitt 2 wird festgehalten, dass, wenn im Rahmen der Evaluierung ein Mangel in der Prozess- und/oder Strukturqualität festgestellt wird, die ÖQMed – erforderlichenfalls unter Setzung einer angemessenen Frist – den Arzt/ die Ärztin oder die Gruppenpraxis zur Behebung des Mangels aufzufordern hat. Die Kontrolle der Mängelbehebung hat erforderlichenfalls auch durch Besuche der Ordinationsstätten sowie Sitzte und Standorte von Gruppenpraxen stattzufinden, insbesondere wenn im Zusammenhang mit der Kontrolle ein Vertragskündigungsverfahren aufgrund von Mängeln in der Prozess- und/oder Strukturqualität in Aussicht genommen wird. Wenn dem Mängelbehebungsauftrag nicht nachgekommen wird, hat die ÖQMed für Qualitätssicherung unverzüglich Disziplinaranzeige beim Disziplinaranwalt der Österreichischen Ärztekammer zu erstatten. Abschnitt 3 spezifiziert weiter, dass die ÖQMed das Ergebnis der Evaluierung einschließlich beabsichtigter und durchgeführter Kontrollen eines Vertragsarztes/ einer Vertragsärztin oder einer Vertragsgruppenpraxis jenen gesetzlichen Krankenversicherungsträgern sowie Krankenfürsorgeeinrichtungen unaufgefordert schriftlich bekannt zu geben, die Vertragspartner sind, wobei diese berechtigt sind, einen Arzt/ eine Ärztin der betreffenden Fachrichtung zur Teilnahme an der Kontrolle zu bestimmen. Abschließend werden in den Abschnitten 4 und 5 noch festgehalten, dass die Selbstevaluierungsbögen sowie die Ergebnisse der Evaluierung und Kontrolle in ein Qualitätsregister aufzunehmen und zu anonymisieren sind und dass die Ergebnisse der Evaluierung und Kontrolle dem Bundesminister/ der Bundesministerin für Gesundheit anonymisiert zur Verfügung zu stellen sind.

Zudem erschien im Jahr 2012 eine **Verordnung der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung** der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Gruppenpraxen (QS-VO 2012). Diese gilt laut § 1 Abs. 3 für alle niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen sowie Gruppenpraxen im gesamten Bundesgebiet und regelt deren Rechte sowie Pflichten im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens. Abschnitt 2 der Verordnung listet die Evaluierungskriterien auf und definiert in diesem Zusammenhang in § 3 den Gegenstand der ärztlichen Qualitätsevaluierung als wesentliche Ausschnitte des ärztlichen Pflichtkreises und somit ausschließlich jene fachspezifischen Qualitätskriterien, die vom Arzt/ der Ärztin oder von der Gruppenpraxis selbst zu verantworten sind. Abschnitt 3 beschäftigt sich mit dem Evaluierungsverfahren an sich und spezifiziert dabei die Angaben aus dem Ärztegesetz etwas genauer, beispielsweise in den Bereichen des Ablaufs der Selbstevaluierung, der Plausibilitätsprüfung und der Validitätsprüfung (QS-VO 2012 §§ 27-34). Hervorzuheben sind hier einerseits die Fristigkeiten, welche bei der Selbstevaluierung vier Wochen (§ 30 Abs 4) und bei der Plausibilitätsprüfung sechs Wochen (§ 31 Abs 1) betragen, und andererseits § 33 Abs 1, in dem festgehalten wird, dass die in Stichprobe fallenden ÄrztInnen oder die Gruppenpraxis von einem Besuch im Rahmen der Validitätsprüfung in Kenntnis zu setzen sind und eine Terminvereinbarung seitens der ÖQMed anzukündigen ist. In Abschnitt 4 werden genauere Angaben zur Mängelfeststellung und –behebung sowie der Kontrolle gemacht (QS-VO 2012 §§ 35-37), wobei insbesondere die §§ 35 und 36 herauszustreichen sind: Während § 35 Abs 2 die Frist zu einer Mängelbehebung mit höchstens vier Wochen festlegt, hält § 36 Abs 3 fest, dass in fachlich begründeten Ausnahmefällen ein Vor-Ort-Besuch auch unangekündigt durchgeführt werden kann, insbesondere dann, wenn zu befürchten ist, dass die objektive Kontrolle gehindert oder verhindert werden könnte. Die restlichen Abschnitte haben besondere Verfahrensmaßnahmen (5.Abschnitt), den Abschluss des Qualitätssicherungsverfahrens (6.Abschnitt), den Qualitätsregister (7.Abschnitt) sowie den Qualitätsbericht (8.Abschnitt) zum Inhalt. Von besonderem Interesse ist hier § 41, der den Verfahrensabschluss regelt: Das Qualitätssicherungsverfahren wird durch die Ausstellung eines Qualitätszertifikats abgeschlossen, wenn die Plausibilitätsprüfung oder die Validitätsprüfung keinen Mangel ergibt, der spezifische Vor-Ort-Besuch den Umfang der Selbstevaluierung abgedeckt hat oder im Rahmen der Kontrolle der Mängelbehebungsauftrag erfüllt worden ist. In allen anderen Fällen wird das Qualitätssicherungsverfahren abgeschlossen durch Erstattung einer Disziplinaranzeige durch die ÖQMed oder von Anzeigen an die Bezirksverwaltungsbehörden durch die ÖQMed oder einer Mitteilung über den Verfahrensstand an die Österreichische Ärztekammer durch die ÖQMed, wobei die ÖÄK darüber zu entscheiden hat, ob und wann ein Verfahren betreffend das Erlöschen der Berufsberechtigung einzuleiten ist.

Im zahnärztlichen Bereich sieht das **Zahnärztegesetz** (ZÄG; BGBl I Nr. 126/2005 i.d.j.g.F.) im Bereich der Qualitätssicherung (§ 22) vor, dass Angehörige des zahnärztlichen Berufs regelmäßig eine umfassende Evaluierung der Qualität durchzuführen und die Ergebnisse der Österreichischen Zahnärztekammer zu übermitteln haben. Des Weiteren wird spezifiziert, dass wenn die Evaluierung unterbleibt oder die Evaluierung und Kontrolle eine

unmittelbare Gefährdung der Gesundheit ergibt, dies als schwerwiegende Berufspflichtverletzung gilt und einen Kündigungsgrund gem. § 343 Abs. 4 ASVG (BGBl. Nr. 189/1955) darstellt. Zur Basis dessen wurde eine **Verordnung der Österreichischen Zahnärztekammer zur Qualitätssicherung der zahnärztlichen Versorgung** (ÖZÄK-QSV 2015) erlassen, welche das Ziel verfolgt, durch systematische Qualitätssicherung die Qualität der zahnärztlichen Versorgung durch ZahnärztInnen und Gruppenpraxen nachhaltig zu gewährleisten und zu verbessern. Sie regelt daher deren Rechte und Pflichten bei der Evaluierung der Qualität und legt die der Evaluierung zugrunde liegenden Kriterien, die Ermittlung und Kontrolle der Evaluierungsergebnisse, die Kriterien für die Datenübermittlung sowie das von der Einrichtung für Qualitätssicherung zu führende zahnärztliche Qualitätsregister fest. Zudem wird in Abschnitt 1 der Begriff der „Einrichtung für Qualitätssicherung“ als eine von der ÖZÄK mit der Durchführung der Qualitätssicherung gem. § 50 Abs. 1 Ziff. 3 beauftragte Einrichtung, welche organisatorisch und personell von den Organen der ÖZÄK unabhängig ist, genauer spezifiziert und die zu erfüllenden Kriterien hinsichtlich der Struktur- und Prozessqualität von ZahnärztInnen im Detail angegeben (Abschnitt 2)<sup>5</sup>. Darüber hinaus wird in Abschnitt 3 das Evaluierungsverfahren geregelt, welches wie folgt abläuft: Binnen einer Frist von acht Wochen hat die Einrichtung für Qualitätssicherung allen ZahnärztInnen nach Ablauf der Gültigkeitsdauer des von der ÖZÄK ausgestellten Qualitätszertifikats bzw. nach Kenntnis über die Neueröffnung einer Ordination den alle Kriterien erfassenden Evaluierungsfragebogen zur Selbstevaluierung zu übermitteln, welcher wiederum binnen einer Frist von acht Wochen zu retournieren ist. Daran anschließend hat die Einrichtung für Qualitätssicherung die übermittelten Daten binnen angemessener Frist auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen, wobei die Angaben der Selbstevaluierung durch stichprobenartige Ordinationsbesuche, wobei die Stichprobe 3% nicht unterschreiten darf, überprüft werden. Wird im Rahmen der Qualitätsevaluierung ein Mangel festgestellt, hat die Einrichtung für Qualitätssicherung den Zahnarzt/die Zahnärztin zur Behebung des Mangels aufzufordern und hierfür eine angemessene Frist zu setzen. Ordinationsbesuche werden zudem auch zur Kontrolle einer etwaigen Mängelbehebung sowie in begründeten Anlassfällen durchgeführt, wobei hier anzumerken ist, dass der Termin des Ordinationsbesuches mit dem Zahnarzt/ der Zahnärztin zu vereinbaren ist und nur in begründeten Anlassfällen ohne vorherige Terminvereinbarung durchgeführt wird. Das Evaluierungsverfahren wird mit dem Ausstellen eines Qualitätszertifikats oder, bei negativer Absolvierung, mit dem Anzeigen einer Berufspflichtverletzung abgeschlossen. Die Ergebnisse der Evaluierung und Kontrolle werden dem Bundesminister/ der Bundesministerin für Gesundheit und der Österreichischen Zahnärztekammer in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt und die Einrichtung für Qualitätssicherung hat darüber ein Qualitätsregister zu erstellen und zu führen.

<sup>5</sup> Als Kriterien für die Strukturqualität gelten demnach: Patientenversorgung – Erreichbarkeit, Patientenversorgung – Notfallvorsorge, Ordinationsräumlichkeiten, Hygiene, Zahnmedizinisch-Technische Ausstattung, Notfallausstattung, Ordinationsbedarf, Standard für die fachliche Qualifikation sowie Mitarbeiterereinsatz. Die Prozessqualitätskriterien wurden wie folgt festgelegt: Patientenhistorie und Dokumentation, Patientenkommunikation und Patientenaufklärung, Zahnärztliche Behandlung, Interne Kommunikation, Unerwünschte Ereignisse/ Patientensicherheit sowie Beschwerdemanagement.

Der **Österreichische Strukturplan Gesundheit** (ÖSG) ist zentrales Planungsinstrument im österreichischen Gesundheitswesen und umfasst als solches auch den ambulanten Bereich der Sachleistung, d.h. niedergelassene ÄrztInnen und ZahnärztInnen mit Kassenverträgen, Gruppenpraxen mit Kassenverträgen und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen sowie selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger und Spitalsambulanzen (vgl. BMGF, 2017, S. 15). „Die im ÖSG enthaltenen Qualitätskriterien (QK) sind eine wesentliche Voraussetzung für die Leistungserbringung und für die Absicherung der Qualität unverzichtbar“. Die Qualitätskriterien fokussieren im Wesentlichen auf die Strukturqualität, allerdings werden auch allgemein gültige Prozessqualitätskriterien angeführt und Hinweise auf Ergebnisqualität gegeben (vgl. BMGF, 2017, S. 71-73). Im Bereich der Strukturqualität bildet die Leistungsmatrix – ambulant (LM-amb)<sup>6</sup> mit den je Leistung definierten Strukturqualitätskriterien (Qualifikation und Ausstattung) das Instrument zur Qualitätssicherung von Leistungen im ambulanten Bereich. Bei der Zuordnung wird zwischen Basisleistungen, also jenen Leistungen, die innerhalb einer Versorgungsstufe für die Bevölkerung zur Verfügung stehen müssen und deren Anbieter die erforderlichen Ausbildungs- und Strukturvoraussetzungen erfüllen müssen, sowie speziellen Leistungen, die über die Basisleistungen hinausgehenden Leistungen eines Fachbereichs, die einer speziellen Infrastruktur, Qualifikation oder Erfahrung bedürfen, differenziert. Strukturqualitätskriterien für spezielle (ärztliche) Leistungen hinsichtlich Ausstattung, Qualifikation und Erfahrung sind der jeweiligen Einzelleistung in der LM-amb direkt zugeordnet. Die angeführten Aus- und Fortbildungen sowie die Erfahrung sind für die Erbringung der entsprechenden Leistungen zu belegen. Zudem lassen sich im ÖSG Aufgabenprofile finden, die aggregiert Tätigkeiten der Primärversorgung und der Fachbereiche beschreiben und sie Basisaufgaben und speziellen Aufgaben zuordnen. Dabei beschreiben Basisaufgaben das Spektrum des Fachbereichs, das gemäß Ausbildung und der fachbereichsspezifischen Grundausstattung in der jeweiligen Versorgungsstufe erbracht werden kann, während die speziellen Aufgaben darüber hinausgehen, zusätzliche Qualifikationen und/oder Infrastruktur erfordern und nach regionalen Erfordernissen durch die Gesundheitsplanung auf Landesebene in den Versorgungsaufträgen festzulegen sind. Dabei sind die Strukturqualitätskriterien als Mindestausstattung pro Fachbereich für die Erbringung von Basisaufgaben zu verstehen und die Ausstattungen sind als Voraussetzung für die Leistungserbringung vorzuhalten (vgl. BMGF, 2017, S. 74-75). So zählt beispielsweise die Leistung „Schlafapnoe-Diagnostik mit mobilem Gerät“ in der Pneumologie als Basisleistung, in der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, der Neurologie, der Inneren Medizin, und in der Kinder- und Jugendheilkunde jedoch als spezielle Leistung und sie verlangt sowohl eine spezielle Ausstattung (mobiles Polygraphiegerät) als auch eine entsprechende Qualifikation der Leistungserbringer (Erfahrung in fachspezifischer

<sup>6</sup> Die Leistungsmatrix – ambulant kann in Anhang 7 des ÖSG 2017 unter [https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem/Qualitaetssicherung/Planung\\_und\\_spezielle\\_Versorgungsbereiche/Der\\_Oesterreichische\\_Strukturplan\\_Gesundheit\\_ndash\\_OeSG\\_2017](https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem/Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Der_Oesterreichische_Strukturplan_Gesundheit_ndash_OeSG_2017) abgerufen werden.

Schlafmedizin). In Tabelle 3 sind die wichtigsten Implikationen des ÖSG bezogen auf die drei Dimensionen der Qualität dargestellt.

**Tabelle 3: Qualitätsdimensionen laut ÖSG**

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je Fachgebiet werden die spezifischen Qualitätskriterien betreffend der Ausstattung für die Erbringung der Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb angegeben</li> <li>- Zusätzlich enthält die LM-amb eine Auflistung jener Leistungen, die eine spezielle Ausstattung und/oder Qualifikation bedürfen und gibt an, ob diese als Basisleistung oder spezielle Leistung für das jeweilige FG gelten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PatientInnenzentrierte Versorgungskoordination</li> <li>- Vereinbaren von Prozessen/ Pfaden für Abläufe, die verschiedene Versorgungsstufen und/oder Fachbereiche und/oder Leistungserbringer umfassen</li> <li>- Sicherstellen möglichst leitlinienbasierter Versorgung</li> <li>- institutionalisierte Kooperation/ Koordination zwischen den Leistungserbringern und Institutionen (inkl. standardisierter Informationsweitergabe)</li> <li>- kontinuierliche Verbesserung gemäß Public Health Action Cycle<sup>7</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konzept zur Qualitätsmessung entwickelt, um qualitätsverbessernde Maßnahmen zu initiieren</li> <li>- Qualitätsindikatoren auf Basis von Routinedaten sowie das Führen von Registern</li> </ul>

### Continuing Medical Education

Im Bereich der „Continuing Medical Education“ (CME ; dt.: *Kontinuierliche medizinische/berufsbegleitende Fortbildung*) sieht das Ärztegesetz in § 49 Abs. 1 die Ärztin/ den Arzt dazu verpflichtet, sich im Rahmen anerkannter Fortbildungsprogramme der Ärztekammern in den Bundesländern oder der Österreichischen Ärztekammer oder im Rahmen anerkannter

<sup>7</sup> Ausgangspunkt des gesundheitspolitischen Regelkreises sind Informationen über die gesundheitliche Lage und Versorgung der Bevölkerung auf Basis von entsprechenden Datengrundlagen, wobei bestehende Situationen und Entwicklungstrends analysiert werden. Auf Basis dessen wird gesundheitspolitischer Handlungsbedarf identifiziert, Gesundheitsziele formuliert und Optionen, Strategien und Maßnahmen zur Minderung oder zur Lösung der jeweiligen Gesundheitsprobleme abgeleitet. Zur Umsetzung dieser Konzepte werden im Rahmen der Gesundheitsplanung Maßnahmen im präventiven und kurativen Bereich formuliert und umgesetzt, wobei deren nachhaltigen Wirkungen abermals beobachtet und evaluiert werden. Dies führt zu einer Neubewertung der gesundheitlichen Lage und Versorgung der Bevölkerung und ggf. zu einer Anpassung von Strategien und Maßnahmen (vgl. BMGF, 2017, S. 180).

ausländischer Fortbildungsprogramme fortzubilden und nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften und fachspezifischen Qualitätsstandards, insbesondere aufgrund des Gesundheitsqualitätsgesetzes, das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren. Abschnitt 2c spezifiziert weiter, dass ÄrztInnen, die zur selbstständigen Berufsausübung berechtigt sind, ihre absolvierte Fortbildung zumindest alle drei Jahre gegenüber der Österreichischen Ärztekammer glaubhaft zu machen haben. Aus diesem Grund wurde eine **Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über die ärztliche Fortbildung** erlassen, in der sich die ÖÄK zur kontinuierlichen fachlichen Fortbildung der ÄrztInnen bekennt und in der der Umfang, einheitliche Qualitätsstandards sowie die Dokumentation der ärztlichen Fortbildung geregelt wird (ÄF-VO § 1 Abs 1). Hierzu wird das *Diplom-Fortbildungsprogramm der Österreichischen Ärztekammer (DFP)* herangezogen, welches österreichweit einheitlich gestaltet ist und den Umfang der Fortbildung für alle ÄrztInnen und ÄrztInnengruppen umschreibt (§ 1 Abs 3). Das Fortbildungsdiplom (DFP-Diplom) dient dem Arzt/ der Ärztin zum Nachweis für die Absolvierung von kontinuierlicher ärztlicher Fortbildung und der Arzt/ die Ärztin weist mit dem Erwerb des Diploms nach, eine strukturierte, dokumentierte Fortbildung absolviert zu haben, die seine/ ihre jeweiligen fachlichen Schwerpunkte berücksichtigt (§ 6 Abs 1). In § 12 der Verordnung werden überdies die genauen Bestimmungen für den Erhalt eines DFP-Diploms festgelegt: So müssen ÄrztInnen mindestens 250 Fortbildungspunkte in einem Zeitraum von fünf Jahren nachweisen, wobei davon mindestens 200 Punkte durch fachspezifische Fortbildung zu erwerben sind, dabei müssen die Fachpunkte jedoch nicht aus dem eigenen Sonderfach stammen, und maximal 50 Punkte im Rahmen sonstiger Fortbildung erworben werden können. Davon sind überdies mindestens 85 Fortbildungspunkte durch Veranstaltungsbesuche (inkl. Qualitätszirkel) nachzuweisen, während die restlichen 165 Punkte durch Absolvierung von sonstigen DFP-anerkannten Fortbildungsangeboten erworben werden können, und Fortbildungen innerhalb einer Krankenanstalt oder bei angestellten ÄrztInnen innerhalb desselben Rechtsträgers maximal zwei Drittel der anrechenbaren DFP-Punkte betragen können. Zusätzlich regelt es die anerkannten Fortbildungsarten, zu denen Veranstaltungen, Qualitätszirkel, wissenschaftliche Arbeiten, Supervisionen, Hospitationen und E-Learning-Aktivitäten zählen, sowie die jeweiligen Fortbildungspunkte, die man dafür und für die im Ausland absolvierte Fortbildung erhält (§§ 5, 13, 14).

Auch das *Zahnärztegesetz (ZÄG)* sieht in § 17 eine gesetzliche Verpflichtung der Angehörigen des zahnärztlichen Berufs zur regelmäßigen Fortbildung vor und hat hierzu *Richtlinien zur Fortbildung der ZahnärztInnen* erlassen und im Zuge dessen ein „zahnärztliches Fortbildungsprogramm“ (ZFP) eingerichtet. Dieses gilt jedoch nur als Orientierungshilfe und ist nicht verpflichtend, wie auch aus ZPF-ÖZÄK § 2 Abs. 5 ersichtlich ist: Die Nichtteilnahme am zahnärztlichen Fortbildungsprogramm der Österreichischen Zahnärztekammer bedeutet keinerlei Einschränkung der Berufsbefugnis, allerdings wird darauf hingewiesen, dass aus forensischer Sicht, aber auch aus gesetzlicher und ethisch-

moralischer Verpflichtung eine nachweisbare, bedarfsorientierte und praxisgerechte Fortbildung als notwendig erachtet wird.

Nachstehende Tabelle 4 fasst abschließend die wichtigsten Rechtsgrundlagen und deren Implikationen für das österreichische Gesundheitswesen sowie die Akteure für Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich überblicksmäßig zusammen:

**Tabelle 4: Gesetzliche Verankerung der Qualitätssicherung in Österreich**

Rechtsgrundlagen	Implikationen
Gesundheitsqualitätsgesetz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementierung von systematischer Qualitätsarbeit</li> <li>- Einrichtung eines Bundesinstitutes für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG)</li> </ul>
15a-Vereinbarungen zur Zielsteuerung Gesundheit sowie zur Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dimensionen der Qualitätsarbeit – Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität im niedergelassenen Bereich</li> <li>- Teilnahme an bundesweiten QS-Maßnahmen verpflichtend</li> <li>- Einhaltung der festgelegten Qualitätsstandards als Voraussetzung für Erbringung und Verrechnbarkeit von Leistungen</li> </ul>
Bundeszielsteuerungsvertrag	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bekenntnis zur Qualität</li> <li>- Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich</li> </ul>
Qualitätsstrategie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundlage für koordinierte, gebündelte Qualitätsaktivitäten</li> <li>- Qualität als Leit- und Steuerungskriterium</li> <li>- Festlegung von operativen Zielen in priorisierten Bereichen (umfassende Qualitätsberichtserstattung ; PatientInnensicherheit)</li> </ul>
Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestinhalte für Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich</li> <li>- Kategorien: Strukturqualitätskriterien, Prozesse, Risikomanagement, PatientInnenorientierung, MitarbeiterInnenorientierung, Ergebnisqualität</li> </ul>
Ärztegesetz (Zahnärztegesetz)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- regelmäßige verpflichtende Evaluierung</li> <li>- Gründung ÖQMed</li> <li>- Abriss des QS-Verfahrens</li> </ul> <p>(regelmäßige Evaluierung der Qualität verpflichtend)</p>
Qualitätssicherungsverordnung (Qualitätssicherungsverordnung ÖZÄK)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rechte u. Pflichten von ÄrztInnen im QS-Verfahren</li> <li>- Evaluierungskriterien, Evaluierungsverfahren und Mängelbehebungsverfahren</li> </ul>

	<i>(Spezifizierung d. Evaluierungskriterien, d. Evaluierungsverfahrens sowie d. Verwendung d. Evaluierungsergebnisse)</i>
Verordnung über ärztliche Fortbildung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verpflichtung zur Fortbildung und Vorgaben im Sinne des DFP-Diploms</li> <li>- keine Voraussetzung für Rezertifizierung</li> </ul>
Österreichischer Strukturplan Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorgabe der Strukturqualitätskriterien durch LM-amb</li> <li>- Auswahl an allgemeinen Prozessqualitätskriterien</li> </ul>



#### 4.1.2. ÖQMed

Mit der fünften Novelle des Ärztegesetzes (ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 140/2003) wurde die gesetzliche Grundlage für die Errichtung einer Institution für Qualitätssicherung geschaffen. Seit ihrer Gründung im Jahr 2004 betreibt die **Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed)** als Tochtergesellschaft der Österreichischen Ärztekammer die Qualitätssicherung der österreichischen Arztpraxen. Im Zuge dessen arbeitet die ÖQMed fachspezifische Qualitätskriterien aus und führt eine Qualitätskontrolle durch die Überprüfung der Einhaltung der Kriterien, die Ausstellung allfälliger Mangelbehebungsaufträge und/oder eines Zertifikats für jene Ordinationen, die den Kriterien entsprechen, durch (vgl. ÖQMed, 2014). Dabei richtet sie sich nach den Vorgaben gemäß Ärztegesetz 1998 und Qualitätssicherungsverordnung 2012, die nicht nur die zu evaluierenden Kriterien und den Evaluierungsprozess an sich, sondern auch die genaue Zusammensetzung der ÖQMed sowie ihre gesetzlich normierten Aufgaben festlegen (siehe Kapitel 4.1.1).

Zudem bietet die ÖQMed ein QM-Programm, das *Österreichische Qualitätsmanagementsystem (ÖQM)*<sup>8</sup>, sowie PatientInnenbefragungen, ein Fehlermelde- und Lernsystem (CIRS medical), die Möglichkeit zur Teilnahme am Brustkrebsfrüherkennungsprogramm und Informationen zu Hygiene sowie Barrierefreiheit an (vgl. ÖQMed, 2014).

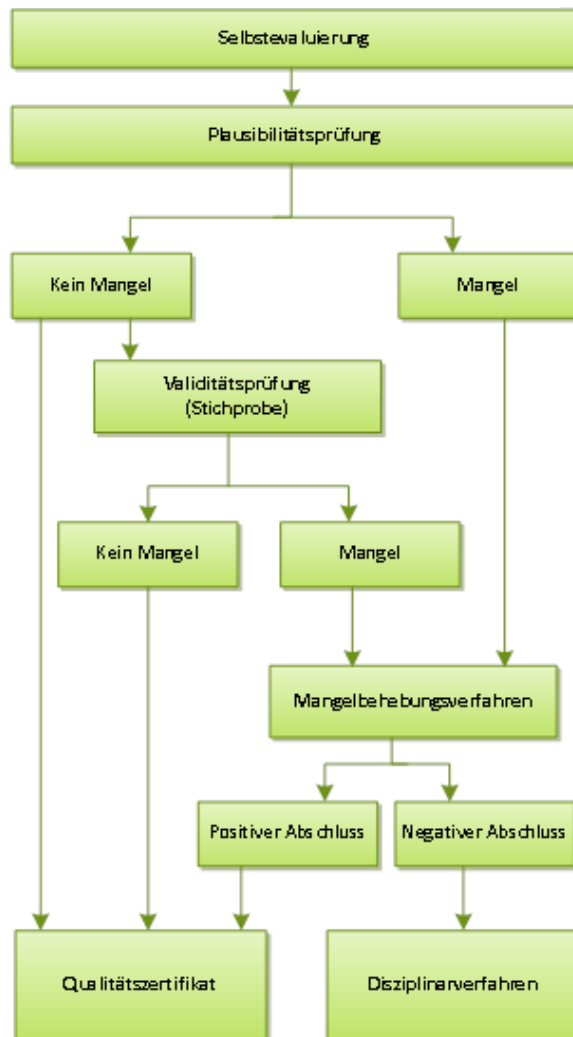
Die Funktionsweise des Evaluierungsverfahrens sei im Folgenden nochmals kurz umrissen und im Anschluss schematisch dargestellt (Abbildung 3). Alle fünf Jahre werden Fragebögen zur Selbstevaluierung an alle niedergelassenen ÄrztInnen sowie Gruppenpraxen versandt, welche innerhalb einer Frist von vier Wochen an die ÖQMed retourniert werden sollen. Die Ergebnisse des Selbst-Assessments werden daraufhin von der ÖQMed auf Plausibilität geprüft und durch stichprobenartige Ordinationsbesuche<sup>9</sup> kontrolliert. Werden im Zuge der Plausibilitätsprüfung oder der Validitätsprüfung vor Ort (Ordinationsbesuche) Mängel in der Praxis identifiziert, wird dem betroffenen Arzt/ der betroffenen Ärztin bzw. der betroffenen Gruppenpraxis eine angemessene Mängelbehebungsfrist eingeräumt, wobei die Behebung des Mangels, abhängig von seinem Schweregrad, wiederum durch einen Ordinationsbesuch kontrolliert werden kann. Zudem können auch spezifische Vor-Ort-Besuche auf Ansuchen von gewissen Stakeholdern stattfinden. Das Qualitätssicherungsverfahren wird, wenn keine Mängel festgestellt oder diese im Rahmen des Mängelbehebungsverfahrens beseitigt

<sup>8</sup> Das ÖQM richtet sich an alle niedergelassenen ÄrztInnen und bietet als ganzheitliches Führungskonzept mithilfe von acht Modulen (Steuerung & Führung, Medizinische Qualität, PatientInnenorientierung, Information & Kommunikation, Sicherheit, Organisatorisches, Personalmanagement & MitarbeiterInnenorientierung sowie Innovation, Verbesserung & Prävention) ein QM-System an, das nicht nur die verpflichtende Qualitätssicherung umfasst, sondern darüber hinaus weitere Elemente der QS und des QM miteinbezieht. Genauere Informationen dazu finden sich auf der Homepage der ÖQM (<http://www.oegm.at/index.php?id=22>).

<sup>9</sup> Die Stichprobengröße pro 3.000 niedergelassenen ÄrztInnen und Gruppenpraxen darf dabei die Zahl 200 nicht unterschreiten, was in etwa 7% aller Ordinationen entspricht (vgl. QS-VO 2012 § 32 Abs 2).

werden konnten, durch die Ausstellung eines Qualitätszertifikats oder, in allen anderen Fällen, durch das Erstellen einer Disziplinaranzeige durch die ÖQMed abgeschlossen.

**Abbildung 3: ÖQMed-Verfahren**



Der Evaluierungsfragebogen umfasst Kriterien zur Struktur- und Prozessqualität, nicht jedoch zur Ergebnisqualität, und folgende, in Tabelle 5 dargestellte, Kategorien von Qualitätskriterien.

Tabelle 5: Qualitätskriterien ÖQMed

Strukturqualitätskriterien	Beschreibung (Auswahl)
PatientInnenversorgung – Erreichbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information über ärztliche Vertretung im Fall von Abwesenheit</li> <li>- Kurzfristige Terminvereinbarung in medizinischen Notfällen</li> <li>- Vorabinformation über bauliche Gegebenheiten, technische Ausstattung, Behandlungsmöglichkeiten und Fremdsprachenkenntnisse</li> </ul>
Räumlichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gewährleistung der vertraulichen Kommunikation</li> <li>- Vorhandensein einer Toilette und Waschmöglichkeiten</li> <li>- Einhaltung des Nichtraucherschutzes</li> </ul>
Brandschutz und Sicherheit der Arbeitsplätze	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorhandensein von ausreichend Feuerlöschern</li> <li>- Evaluierung der Arbeitsplätze des Personals</li> </ul>
Hygiene	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beachtung der Vorgaben der Hygieneverordnung</li> <li>- Nichtvorhandensein von Tieren oder natürlichen Pflanzen mit Erde in Behandlungsräumen</li> </ul>
Notfallvorsorge	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorhandensein eines schriftlichen Plans für medizinische Notfälle</li> <li>- Sicherstellung einer optimalen Erstversorgung bei Notfällen</li> <li>- Vorhandensein einer fachspezifischen Notfallausstattung</li> </ul>
Arzneimittelverfügbarkeit und –qualität	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ausschließliche Verwendung von Arzneimittel, deren Haltbarkeitsdatum nicht überschritten ist</li> <li>- vorschriftsmäßige Lagerung und systematische Überprüfung der Arzneimittel</li> <li>- Gewährleistung einer zeitgerechten Nachbestellung</li> </ul>
Suchtgiftbezug, Suchtgiftgebarung und Suchtgiftdokumentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Führen einer Dokumentation über Verordnungen von Suchtgiften/ Substitutionsmittel für Suchtkranke</li> <li>- vorschriftsmäßige Lagerung von suchtgifthaligen Arzneispezialitäten</li> <li>- diebstahlsichere Aufbewahrung von Suchtgiftvignetten</li> </ul>
Medizinisches Verbrauchsmaterial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sicherstellung der zeitgerechten Nachbestellung von medizinischem Verbrauchsmaterial</li> <li>- regelmäßige Überprüfung der Ablaufdaten von medizinischem Verbrauchsmaterial</li> </ul>
Apparative Ausstattung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfüllen der gesetzlichen Vorschriften bezüglich medizinisch-technischer Apparate und Medizinprodukte</li> </ul>
Ringversuche	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Überprüfung der Verlässlichkeit der Laboruntersuchungen durch Teilnahme an Ringversuchen</li> </ul>

Fachliche Qualifikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Halten eines gültigen DFP-Diploms bzw. Einhaltung der gesetzlich verpflichtenden ärztlichen Fortbildungspflicht</li> <li>- Beachtung der Vorschriften bei Einsatz von Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe/ FamulantInnen</li> </ul>
MitarbeiterInneneinsatz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fachgerechter Einsatz der MitarbeiterInnen</li> <li>- Einhaltung der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht</li> <li>- Unterstützung des Personals bei Fortbildungsaktivitäten</li> </ul>
<b>Prozessqualitätskriterien</b>	<b>Beschreibung (Auswahl)</b>
PatientInnenhistorie und Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Systematische Dokumentation der patientInnenbezogenen Daten</li> <li>- Diebstahlgeschützte Aufbewahrung von Rezeptformularen und Stempel</li> <li>- Archivierung der patientInnenbezogenen Daten über Zeitraum von 10 Jahren</li> </ul>
Befundverwaltung und Befundweiterleitung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- systematische Verwaltung der Befunde</li> <li>- Wahrung der Vertraulichkeit beim Befundtausch</li> </ul>
PatientInnenkommunikation und PatientInnenaufklärung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufklärung der PatientInnen über potentielle Risiken, Alternativverfahren (und ev. zu entrichtende Kosten) sowie Nebenwirkungen von Diagnoseverfahren und Therapie</li> <li>- Miteinbeziehung von Angehörigen/ Begleitpersonen in Aufklärung (falls erforderlich)</li> </ul>
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zusammenarbeit mit anderen ÄrztInnen/ Angehörigen anderer Gesundheitsberufe</li> </ul>
Zugang zur ärztlichen Behandlung und Diagnoseerstellung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zugang zu Ordination wird (nach Möglichkeit) auch bewegungseingeschränkten PatientInnen ermöglicht</li> <li>- Information an PatientInnen, falls Barrierefreiheit nicht/ nur eingeschränkt vorhanden ist</li> </ul>
Interne Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durchführung von regelmäßigen, formalisierten Personalbesprechungen</li> <li>- Forcierung von Rückmeldungen von Personal, um Verbesserungsmaßnahmen definieren zu können</li> </ul>
Unerwünschte Ereignisse/ PatientInnensicherheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokumentation von unerwünschten Ereignissen sowie Ursachenfindung</li> <li>- Benutzung von Fehlerberichts- und Lernsystemen als Teil des Risikomanagements</li> </ul>
Beschwerdemanagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ursachenfindung und Verbesserungsmaßnahmen werden angestrebt</li> <li>- PatientInnen werden über die Möglichkeit von PatientInnenschieds- u. schlichtungsstellen sowie über die PatientInnenanwaltschaft informiert</li> </ul>

Zusätzlich werden im Evaluierungsformular einige Fragen zur Medizinproduktebetreiber-Verordnung von der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES) gestellt sowie im Zuge eines besonderen Evaluierungskriterium, dem „speziellen Qualitätsmanagement“, Erkundigungen zur Führung eines Terminmanagements, zur Teilnahme an Disease Management Programmen (DMP) sowie zum Bekanntheitsgrad, zum Zugang und zur Anwendung von aktuellen Leitlinien des Fachgebiets angestellt. Anzumerken ist hier außerdem, dass sich die Qualitätsvorgaben für eine Ordination nach der Art und Weise der darin ausgeübten Tätigkeit, also nach der Fachrichtung des/ der ordinationsführenden Arztes/ Ärztin und nach dem angebotenen Leistungsspektrum, richten. ÄrztInnen, die nicht das volle Leistungsspektrum des jeweiligen Sonderfaches in der Ordination ausüben, müssen das angebotene Leistungsspektrum definieren und werden auch nur für dieses zertifiziert (vgl. ÖQMed, 2013).

Die Ergebnisse des Evaluierungsverfahrens werden in einem weiteren Schritt seitens der ÖQMed in ein Qualitätsregister eingetragen sowie in einen Bericht gegossen, welcher dem Bundesministerium für Gesundheit sowie der ÖÄK zur Verfügung gestellt werden muss. Der erste Qualitätsbericht erschien im Jahr 2009, der zweite folgte 2012 – eine aktuellere Version gibt es hingegen noch nicht, da der aktuelle Evaluierungszyklus auf Basis der QS-VO 2012 um ein Jahr verlängert wurde. Der ärztliche Qualitätsbericht 2012 stellt die mengenmäßige Auswertung der Evaluierungsergebnisse der österreichischen Arztpraxen zwischen 2006 und 2011 dar und bietet als solches einen Überblick über die Qualität der Arztpraxen in Österreich. Insgesamt wurden 20.289 Ordinationen zertifiziert, nachdem diese den Evaluierungsprozess entweder ohne Mangel durchlaufen haben oder selbstangegebene bzw. durch eine/-n Qualitätssicherungsbeauftragte/-n festgestellte oder bestätigte Mängel nachweislich behoben haben und somit den geforderten Qualitätsstandard erfüllen. Bei 1.546 Arztpraxen wurden Mängel festgestellt, wobei sich diese relativ gleich über die Bundesländer verteilen. Im Gegensatz dazu gibt es jedoch markante Unterschiede zwischen den Fachgebieten, sodass in etwa 6.5% der AllgemeinmedizinerInnen-, aber in ca. 19% der Neurologieordinationen Mängel aufgetreten sind. Bezogen auf den Gegenstand des Mangels identifizierte die ÖQMed folgende fünf Bereiche mit den häufigsten Qualitätsdefiziten: medizinische Ausstattung und Ordinationseinrichtung, Kennzeichnung der Ordination, PatientInnenversorgung/ Räumlichkeiten/ Erreichbarkeit, Notfallvorsorge sowie fachliche Qualifikation des Personals. Genauere Informationen zur Art des Mangels oder zu dessen Schweregrad lassen sich jedoch nicht im Qualitätsbericht finden, was u.a. damit zusammenhängen könnte, dass die ÖQMed ihre Aufgabe in der reinen Darstellung der Ergebnisse, nicht jedoch in der Erklärung und Interpretation dieser sieht. Zudem wurden 19 ÄrztInnen bei der Disziplinaranwaltschaft der ÖÄK von der ÖQMed angezeigt, wobei die Gründe hierfür entweder eine Verweigerung der Selbstevaluierung, eine Verweigerung der Behebung eines Mangels oder eine Verweigerung des Überprüfungsbesuches waren. Darüber hinaus wurden 1.809 Ordinationen geschlossen, bevor die Evaluierung beendet werden konnte, allerdings sind bei 1.509 Arztpraxen die Gründe für die Ordinationsschließung nicht bekannt, da die ÄrztInnen nicht verpflichtet sind, der ÖQMed

den Grund für eine Schließung mitzuteilen. Bei den übrigen Ordinationsschließungen handelt es sich um Standortverlegungen, Pensionsantritte oder ein Ableben der ÄrztInnen. Laut dem Qualitätsbericht wurden außerdem 1.234 Arztpraxen besucht, allerdings ist dabei nicht ersichtlich, ob diese Ordinationsüberprüfungen aufgrund von gemeldeten oder vermuteten Mängeln, aufgrund einer zufälligen Stichprobenauswahl oder aufgrund eines Ansuchens der Stakeholder durchgeführt wurden. (vgl. Czypionka et al., 2011 & ÖQMed, 2013)

Das von der ÖQMed ausgearbeitete und durchgeführte Qualitätssicherungsverfahren wurde bisher von mehreren Seiten kritisiert und scheint auch dem internationalen Vergleich nicht standzuhalten<sup>10</sup>. Die Hauptkritik konzentrierte sich dabei auf die Art der Fragestellung, bezüglich der tatsächlichen Qualitätsarbeit als bewertbaren und fortwährenden Prozess sowie auf die Formulierung der in der QS-VO vorgegebenen Standards in Frageform. Die rein dichotomen Antwortmöglichkeiten (ja/nein), die zusätzlich schon eine Implikation über das (Nicht-) Vorliegen eines Mangels beinhalten<sup>11</sup>, lassen somit weder Rückschlüsse auf Qualitätsentwicklung zu, noch ist eine Messung der Qualitätszielerreichung möglich. Zudem gibt das Verfahren zu wenig Hilfestellung, verzichtet weitgehend auf Fremdbewertung im Anschluss an die Selbstbewertung, ist nicht in ein kontinuierliches Qualitätsmanagement eingebunden, fokussiert stark auf Strukturqualität und verzichtet auf den Einsatz von Qualitätsindikatoren. Darüber hinaus ist der Großteil der Kriterien und Fragen nicht fachspezifisch, obwohl in vielen Fällen durchaus fachspezifische Unterschiede denkbar wären und eine Erhebung dieser auch durchaus sinnvoll wäre. Auch im Rahmen einer der Studie der *London School of Economics (LSE)* über das österreichische Qualitätssystem, im Zuge dessen Stakeholder und QualitätsexpertInnen zur Bedeutung von Qualität in Arztpraxen und zu ihrer Beurteilung der Qualitätsaktivitäten der ÖQMed befragt wurden, wurden die Qualitätsbemühungen in österreichischen Praxen als wenig ambitioniert beschrieben. Dabei wurden v.a. die Qualitätsaktivitäten der ÖQMed kritisch bewertet und ihre Arbeit als ungenügend bzw. nicht dem wissenschaftlichen Standard entsprechend beurteilt. Die, im Zuge der Studie sowie einer Umfrage durch die ÖQMed, interviewten ÄrztInnen hingegen betrachten die Arbeit der ÖQMed als Unterstützung der ärztlichen Qualitätsarbeit, die große Akzeptanz in der Ärzteschaft<sup>12</sup> genießt, u.a. aus dem Grund, dass mittels Erfahrungsaustausch und Beratung auf Augenhöhe das Gefühl des „Kontrolliert-Werdens“ durch Betreuung und Unterstützung verdrängt werden. (vgl. Czypionka et al., 2011; Merkur et al., 2008 & ÖQMed, 2013)

<sup>10</sup> Siehe u.a. Czypionka et al. (2006b) ; Qualitas (2009a&b) oder Czypionka et al. (2011)

<sup>11</sup> Die Antwortmöglichkeiten lauten „Ja (notwendiger Qualitätsstandard in Praxis)“ und „Nein (löst einen Mängelbehebungsauftrag aus)“ sowie in manchen Fällen „nicht zutreffend“.

<sup>12</sup> Der Begriff der „Ärzteschaft“ umfasst alle Ärztinnen und Ärzte in Österreich.

#### 4.1.3. medQ

Die **Dr. Roman Haas Medical Quality GmbH (medQ)** ist ein Dienstleistungsunternehmen im Bereich der Beratung und Projektarbeit im Gesundheitswesen und im Bereich der Qualität. Als solches ist sie auch als *Einrichtung für Qualitätssicherung* für die Qualitätssicherung im niedergelassenen zahnärztlichen Bereich zuständig und waren an der Analyse sowie Planung eines bundesweiten QS-System für niedergelassene ZahnärztInnen beteiligt. Im Bereich des QM-Managements greift die medQ auf das Informations- und Wissensmanagementsystem *CorpMan* zurück, ein leicht verständliches und anwendbares sowie leistungsfähiges Qualitätsmanagementsystem. (vgl. medQ, 2008)

Genauere Informationen zum Ablauf des Qualitätssicherungsprozesses in zahnärztlichen Ordinationen und Gruppenpraxen sind jedoch nur bedingt öffentlich zugänglich vorhanden. Aus einer Information der ÖZÄK aber geht hervor, dass im Rahmen der Evaluierung, nach einer erstmaligen Online-Registrierung, über Internet oder Fax 51 Fragen bezogen auf den Ordinationsstandort, aber auch auf die Person mit „Ja“, „Nein“ oder „Nicht zutreffend“ beantwortet werden müssen. Dabei ist die Beantwortung aller Fragen grundsätzlich alles, was für eine Evaluierung erforderlich ist, allerdings ist eine positive Evaluierung nur möglich, wenn alle Fragen mit „Ja“ oder „Nicht zutreffend“ beantwortet wurden, da ein einziges „Nein“ bereits einen Qualitätsmangel darstellt. Dieser ist dann laut ZÄG zu beheben bzw. wird der Zahnarzt/ die Zahnärztin zunächst gebeten, mit der jeweiligen Landes Zahnärztekammer Kontakt aufzunehmen, um diesen Punkt zu besprechen. (vgl. ÖZÄK, 2017)

Auch dieses Qualitätssicherungsverfahren weist, von einem wissenschaftlichen Standpunkt aus, methodische Mängel auf, die mit jenen der ÖQMed vergleichbar sind. Allerdings ist dieses Evaluierungsverfahren zusätzlich weitaus weniger in Verwendung und scheint auch konzeptionell weniger weit entwickelt zu sein.

## 4.2. Deutschland

Das deutsche Gesundheitssystem ist dem österreichischen recht ähnlich, vor allem bezogen auf die Finanzierung, allerdings besteht in Deutschland eine „Pflicht zur Versicherung“ (anstelle einer Versicherungspflicht), was zur Folge hat, dass sich die Bevölkerung ihren Versicherungsanbieter bzw. ihre Krankenkasse frei wählen können. In Deutschland gibt es bereits seit Ende der 1990er-Jahre Bestrebungen zur verpflichtenden Qualitätssicherung, wobei die Ärzteschaft federführend bei dessen gesetzlichen Verankerung war. Mit der Gesundheitsreform 2004 (Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung – GMG 2004) wurden die Qualitätsagenden auf eine breite Basis gestellt und der *Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)* wurde zum wichtigsten Akteur in der Qualitätsarbeit (vgl. Cypionka et al., 2011). Der G-BA ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, das Vorgaben zur medizinischen Versorgung erarbeitet und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) sowie von unparteiischen Mitgliedern, u.a. aus PatientInnenvertretungen, gebildet wird (§ 91 SGB V). Seitdem gilt, dass alle niedergelassenen ÄrztInnen ein Qualitätsmanagementsystem verpflichtend einzuführen haben.

Beim verpflichtend einzuführenden Qualitätsmanagement in Arztpraxen herrscht freie Anbieterwahl, am weitesten verbreitet sind jedoch die Systeme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, *„Qualität und Entwicklung in Praxen“ (QEP)*, sowie jenes der *„Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ (KTQ)*. Allerdings kommen auch andere Systeme zur Anwendung, wobei dies einerseits europaweite Praktiken, wie das *Europäische Praxisassessment (EPA)* oder die *European Foundation for Quality Assessment (EFQM)*, sind, und es andererseits auch regionale QM-Anbieter wie etwa das *„Praxis-Qualitätsmanagement der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen Lippe“ (KPQM)* oder das *Qualitätsmanagementsystem „qu.no“ der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein* gibt. Nach derzeitiger gesetzlicher Regelung besteht zwar kein Zwang zu einer Zertifizierung des einrichtungsinternen QM, gleichwohl ist sie eine oft angewendete Möglichkeit, die Güte eines Qualitätsmanagementsystems in einer Arztpraxis gegenüber dem Gesetzgeber, den Organisationen der Selbstverwaltung sowie den PatientInnen darzulegen.

### 4.2.1. Rechtsgrundlage und Hintergrund

Die Qualitätssicherung im niedergelassenen, vertragsärztlichen Bereich<sup>13</sup> ist von einer Vielzahl verschiedener Zuständigkeiten und Akteure gekennzeichnet, wobei bei den

<sup>13</sup> Im Zuge der Betrachtung der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich in Deutschland, werden nur die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ÄrztInnen (2016: 146.054) berücksichtigt, da diese 96% aller ambulant tätigen, d.h. niedergelassenen oder in MVZ oder Praxen ambulant angestellten, ÄrztInnen (2016: 151.989) ausmachen (vgl. BÄK, 2016 & KBV, 2016).



Akteuren zwischen dem Gesetzgeber und anderen staatlichen Normgebern, der gemeinsamen Selbstverwaltung von ÄrztInnen, Krankenkassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss sowie der ärztlichen Selbstverwaltung unterschieden wird. Der Vertragsarzt/ Die Vertragsärztin muss in seiner/ ihrer Tätigkeit die Richtlinien und Vorgaben aller drei Akteure beachten, wobei folgende drei Rechtsquellen maßgebend sind: (1) das Vertragsarztrecht<sup>14</sup>, (2) staatliche Normen, sowie (3) das Berufsrecht. Die gesetzliche Grundlage für die Qualitätssicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bildet das Sozialgesetzbuch V, daneben haben die VertragsärztInnen aber auch noch weitere Gesetze bzw. Verordnungen zu beachten, die insbesondere Strukturqualitätsfragen regeln. Zu diesen zählen allen voran die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss zum Qualitätsmanagement, zur externen Qualitätssicherung in der Arztpraxis sowie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, aber auch die Musterberufsordnung der (Zahn-) Ärztinnen sowie Weiterbildungsverordnungen der Bundesärztekammer. (vgl. KBV, 2016, S. 140)

Die grundlegenden Paragraphen des **Sozialgesetzbuch V (SGB V)** sind in folgender Tabelle 6 dargestellt und kurz zusammengefasst.

**Tabelle 6: Sozialgesetzbuch V - Paragraphen zur Qualitätssicherung**

Sozialgesetzbuch V	Beschreibung
<b>§ 70 – Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Generalklausel für vertragsärztliche Versorgung</li> <li>- Verpflichtung zu einer qualitativ gesicherten Versorgung</li> </ul>
<b>§ 135 – Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen nur in der vertragsärztlichen Versorgung abgerechnet werden, wenn der G-BA hierzu Richtlinien erlassen hat</li> <li>- Richtlinien müssen Empfehlungen zur Anerkennung des Nutzens der neuen Methode, zur notwendigen Qualifikation der ÄrztInnen, zu apparativen Anforderungen sowie zu erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung enthalten</li> </ul>
<b>§ 135a – Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet</li> <li>- Leistungen müssen jeweiligem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in fachärztlich gebotener Qualität erbracht werden</li> </ul>

<sup>14</sup> Der Begriff „Vertragsarztrecht“ bezieht sich sowohl auf das Recht betreffend Vertragsärzte als auch betreffend Vertragsärztinnen.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zusätzliche Verpflichtung zur Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der QS</li> </ul>
<b>§ 135b – Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kassenärztliche Vereinigungen haben Maßnahmen zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen sowie Qualitätsberichte zu erstellen</li> <li>- Zudem müssen die KV die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen prüfen</li> </ul>
<b>§ 136 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss zur Qualitätssicherung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- G-BA bestimmt durch Richtlinien die (1) verpflichtenden Maßnahmen der QS sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM, und (2) Kriterien für indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen (inkl. Mindestanforderungen)</li> <li>- Richtlinien müssen sektorenübergreifend sein</li> </ul>
<b>§ 136d – Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den G-BA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- G-BA hat Stand der QS festzustellen, Weiterentwicklungsbedarf zu benennen, QS-Maßnahmen auf Wirksamkeit zu bewerten, Empfehlungen für zukünftige QS zu erarbeiten sowie Berichte zum Stand der QS zu erstellen</li> </ul>
<b>§ 137 – Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des G-BA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- G-BA hat System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen in Eskalationsstufen festzulegen</li> <li>- mögliche Maßnahmen: Vergütungsabschläge, Wegfall des Vergütungsanspruchs für definierte Leistungen, Information Dritter über Verstöße, Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen</li> </ul>
<b>§ 137a – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IQTIG 2015 durch G-BA gegründet</li> <li>- Erarbeitung von Maßnahmen zur Qualitäts-sicherung und zur Darstellung der Versorgungs-qualität im Gesundheitswesen</li> </ul>
<b>§ 139a – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IQWiG 2004 durch G-BA gegründet</li> <li>- fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut</li> <li>- Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzl. Krankenversicherung erbrachten Leistungen</li> </ul>

Wie aus § 135a ersichtlich, sind niedergelassenen ÄrztInnen seit 2004 dazu verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen und ein internes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Mit der genauen Ausgestaltung der Bestimmungen wurde der G-BA (§ 92 SGB V) betraut, der zu diesem Zweck, erstmalig 2005 und im Zuge einer Novelle 2015, eine Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für VertragsärztInnen, VertragspsychotherapeutInnen, medizinische Versorgungszentren, VertragszahnärztInnen sowie zugelassene Krankenhäuser, kurz **Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL)**, erlassen hat. Die QM-Richtlinie beschreibt die grundsätzlichen Anforderungen für eine erfolgreiche Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagement, wobei die konkrete Ausgestaltung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements spezifisch in jeder Einrichtung erfolgt (Präambel QM-RL). In § 3 der ersten Teils der QM-RL werden die grundlegenden Elemente des Qualitätsmanagements angegeben, zu denen die folgenden zählen: (1) PatientInnenorientierung einschließlich PatientInnensicherheit, (2) MitarbeiterInnenorientierung einschließlich MitarbeiterInnensicherheit, (3) Prozessorientierung, (4) Kommunikation und Kooperation, (5) Informationssicherheit und Datenschutz, sowie (6) Verantwortung und Führung. Zudem werden in der Richtlinie (§ 4 Teil A) 14 Methoden und Instrumente aufgelistet, die als etablierte und praxisbezogene Bestandteile des QM gelten und als solche verpflichtend anzuwenden sind. Hierzu zählen beispielsweise das Messen und Bewerten von Qualitätszielen, Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen, Checklisten, Teambesprechungen, Beschwerdemanagement oder auch Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme. Dabei haben die Einrichtungen entsprechend § 5 (Teil A) die Umsetzung und Weiterentwicklung ihres QM im Sinne einer Selbstbewertung regelmäßig zu überprüfen und die Ergebnisse der Überprüfung für interne Zwecke zu dokumentieren. Diese Methoden und Instrumente sind zudem innerhalb von drei Jahren nach Zulassung bzw. Ermächtigung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ÄrztInnen in der Einrichtung umzusetzen und zu überprüfen sowie im Anschluss kontinuierlich weiterzuentwickeln, wobei die Umsetzung und Weiterentwicklung des QM schrittweise und in frei gewählter Reihenfolge der Instrumente erfolgen kann (§§ 2,3 Teil B Abschnitt 2 QM-RL).

Bezugnehmend auf § 135b, obliegt den *Kassenärztlichen Vereinigungen (KV)* die Umsetzung der bundesweit geltenden und der darüber hinaus regional getroffenen Qualitätssicherungsvereinbarungen und –richtlinien. Zudem sind sie für die Erteilung von Genehmigungen für eine Reihe von Verfahren, die in der vertragsärztlichen Versorgung unter Genehmigungsvorbehalt stehen, verantwortlich. Zur Unterstützung ihrer Arbeit wurden Qualitätssicherungskommissionen, die mit im jeweiligen Bereich besonders erfahrenen ÄrztInnen besetzt sind, eingerichtet und in allen KV als qualitätssichernde Maßnahme institutionell verankert. Diese Kommissionen haben die Aufgabe, für Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers/ der Antragstellerin aufgrund vorgelegter Zeugnisse und/ oder durch ein fachliches Gespräch (Kolloquium) zu überprüfen und die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigungen in Form von

Empfehlungen vorzubereiten. Der zentrale Punkt aller Qualitätssicherungsmaßnahmen ist dabei die vorbehaltliche Genehmigungserteilung durch die KV, wobei die KV je nach Vereinbarung die fachliche Befähigung des Arztes/ der Ärztin, die Vorgaben zu apparativtechnischen und räumlichen Anforderungen sowie ggf. organisatorische und hygienische Vorgaben prüfen. Fast alle VertragsärztInnen besitzen eine oder mehrere Genehmigungen aufgrund von Qualitätssicherungsvereinbarungen, was in weiterer Folge jedoch auch bedeutet, dass eine fachärztliche Qualifikation in der vertragsärztlichen Versorgung für viele Bereiche zwar notwendig, aber nicht hinreichend ist. (vgl. KBV, 2016, S. 133-138)

Aufgrund der in § 136 angeführten Verpflichtung des G-BA zur Erlassung von Richtlinien, wurden seit dem Jahr 2004 eine **Richtlinie zur externen Qualitätssicherung für die Dialyse (QSD-RL)** sowie eine Richtlinie über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung, kurz **„Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung“ (Qesü-RL)**, erlassen. Während die externe QS in der Dialyse das Ziel verfolgt, die Qualität der Dialysebehandlungen flächendeckend zu erfassen und weiter zu verbessern, wobei alle ambulanten Dialyseeinrichtungen in Deutschland zu einer Beteiligung verpflichtet sind, wird in der Qesü-RL die Qualität der medizinischen Versorgung sowohl über Einrichtungs- und Sektorengrenzen als auch über einen längeren Zeitraum hinweg hinweg erfasst (vgl. G-BA, 2017). Nach § 136 kann der G-BA zusätzlich für verschiedene ärztliche Leistungen Qualitätskriterien einschließlich Qualitätsindikatoren verbindlich festlegen. So wurde vom G-BA auch eine Richtlinie zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V, kurz **„Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“**, erlassen, die die Organisation und Durchführung von Stichprobenprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung regelt. Darin wird festgehalten, dass das Durchführen der Stichprobenprüfungen den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt, die für dessen Durchführung sogenannte „Qualitätssicherungskommissionen“, bestehend aus mindestens drei im jeweiligen Fachgebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern, einzurichten haben. Diese Qualitätssicherungskommissionen überprüfen pro Jahr mindestens vier Prozent der den betreffenden Leistungsbereich abrechnenden ÄrztInnen, wobei die Auswahl der zu überprüfenden ÄrztInnen per Zufallsgenerator von der KV durchgeführt wird. Zusätzlich zu den zufallsgesteuerten Stichprobenprüfungen können jedoch auch noch andere ÄrztInnen überprüft werden, beispielsweise dann, wenn nach einem längeren Zeitraum, in dem bestimmte Leistungen nicht abgerechnet wurden, diese wieder Leistungen abgerechnet werden, oder wenn im Rahmen einer Stichprobenprüfung erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen festgestellt wurden. Im Zuge des Prüfverfahrens werden bei jedem zu überprüfenden Arzt/ jeder zu überprüfenden Ärztin, bezogen auf das Prüfquartal und den betreffenden Leistungsbereich, per Zufallsgenerator zwölf PatientInnen ausgewählt, anhand deren im Rahmen ihrer Behandlung erstellten Dokumentation die Einhaltung der Qualitätskriterien beurteilt wird. Je nach Grad der Beanstandung (keine/ geringe/ erhebliche/ schwerwiegende Beanstandungen) können Gespräche, Nachschulungen, Nichtvergütung

oder Rückforderungen von bereits geleisteten Vergütungen der beanstandeten Leistungen sowie im Extremfall der Widerruf der Genehmigung die Folge sein.

Zusätzliche rechtliche Grundlagen, die auch der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich dienen, lassen sich in **staatlichen Normen**, wie beispielsweise der Röntgenverordnung, der Hygieneverordnung oder dem Infektionsschutzgesetz, aber auch im **Berufsrecht**, zu dem etwa die Musterberufsordnung der (Zahn-) ÄrztInnen oder die Musterweiterbildungsverordnung zählen, finden (vgl. KBV, 2016, S. 140). So sieht u.a. die Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte in § 5 vor, dass ÄrztInnen dazu verpflichtet sind, an den von der Ärztekammer (ÄK) eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit teilzunehmen und der ÄK die hierfür erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

### **Continuing Medical Education**

Im Bereich der *Continuing Medical Education* finden sich sowohl im SGB V, als auch in der *Musterberufsordnung (MBO)* der Bundesärztekammer sowie der *Musterweiterbildungsverordnung der (Zahn-) ÄrztInnen (MWBO)* der Bundeszahnärztekammer Vorgaben zur kontinuierlichen medizinischen Fortbildung. Die Musterberufsordnung der in Deutschland tätigen ÄrztInnen hält in § 4 Absatz 1 fest, dass ÄrztInnen, die ihren Beruf ausüben, verpflichtet sind, sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu ihrer Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Absatz 2 spezifiziert weiter, dass ÄrztInnen ihre Fortbildung nach Absatz 1 gegenüber der Ärztekammer durch ein Fortbildungszertifikat einer Ärztekammer nachweisen müssen. Das SGB V sieht in § 95d auch eine Pflicht zur fachlichen Fortbildung vor und definiert diese etwas genauer als die MBO: Der Vertragsarzt/ Die Vertragsärztin ist verpflichtet, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner/ ihrer Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Medizin, Zahnmedizin oder Psychotherapie entsprechen und frei von wirtschaftlichen Interessen sein. Des Weiteren sieht das Sozialgesetzbuch vor, dass innerhalb von fünf Jahren entsprechende Weiterbildungen gegenüber den KV nachgewiesen werden müssen, andernfalls kommt es zu einer Honorarreduktion in Höhe von 10 Prozent innerhalb der ersten vier Quartale bzw. in Höhe von 25 Prozent ab den darauffolgenden Quartalen. Erbringt ein Vertragsarzt/ eine Vertragsärztin den Fortbildungsnachweis nicht spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums, wird von den KV ein Antrag auf Entziehung der Zulassung gestellt. Dabei regeln laut Absatz 6 die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen im Einvernehmen mit den zuständigen Arbeitsgemeinschaften der deutschen Ärztekammern auf Bundesebene (Bundesärztekammer) den angemessenen Umfang der im Fünfjahreszeitraum notwendigen Fortbildung. Die Musterweiterbildungsverordnung 2003 der Bundesärztekammer, in der Fassung aus dem Jahr 2015, definiert darüber hinaus in § 1 das Ziel der Weiterbildung als

den geregelten Erwerb festgelegter Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen, um nach dem Abschluss der Berufsausbildung besondere ärztliche Kompetenzen zu erlangen, wodurch die Weiterbildung der Sicherung der Qualität ärztlicher Berufsausübung dient. Zu diesem Zweck legt die MWBO die Weiterbildung in strukturierter Form fest und gibt für jedes Fachgebiet alle relevanten Facharzt-<sup>15</sup> und Schwerpunktkompetenzen sowie Zusatzausbildungen an, wobei jeweils das Weiterbildungsziel, die Weiterbildungszeit sowie der Weiterbildungsinhalt festgelegt werden<sup>16</sup>.

#### 4.2.2. Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP)

Um die Praxen bei der Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagement zu unterstützen, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung das Modell „*Qualität und Entwicklung in Praxen*“ (QEP) entwickelt. QEP bietet für alle praxisrelevanten Themen Qualitätsziele und konkrete Vorschläge zur Umsetzung an und ist somit spezifisch auf die Abläufe und Bedingungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung zugeschnitten, wodurch es von Praxen, aber auch von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder ärztlichen Kooperationsgemeinschaften für den Aufbau und die Weiterentwicklung des internen QM verwendet werden kann. Das System der KBV ermöglicht je nach Ausgangssituation und Bedarf einen schrittweisen Einstieg ins QM, da es aus verschiedenen Bausteinen besteht, die aufeinander abgestimmt und kombinierbar sind. Die Umsetzung von QEP ist kostenpflichtig, im Vergleich zu anderen, kommerziellen, Anbietern bewegen sich die Kosten jedoch im unteren Bereich. (vgl. KBV, 2015 & KBV, 2017a)

Das Herzstück von QEP ist der *Qualitätszielkatalog*, der die Qualitätsziele beschreibt und mit dem sich gesetzliche Verpflichtungen und Vorgaben leicht auf die eigene Praxis übertragen und umsetzen lassen. Für jede Praxis sind die Qualitätsziele je nach Leistungsspektrum unterschiedlich relevant, jedoch gibt es einige Kernziele, deren Umsetzung einen hohen Stellenwert für den Aufbau eines QM-Systems, die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben zum praxisinternen QM oder für die Beachtung bestehender Vorschriften haben, wodurch sie in jeder Praxis umgesetzt werden. In der aktuellen Version des QEP-Qualitätszielkatalogs gibt es insgesamt 144 Qualitätsziele, von denen 62 als „Kernziele“ gelten. Der Qualitätszielkatalog, und damit auch die Qualitätsziele, untergliedern sich systematisch in fünf Kapitel, 18 Bereiche und 62 Kriterien und werden mithilfe von 272 unterschiedlichen Indikatoren bzw. Nachweisen operationalisiert. Nachstehende Tabelle 7 gibt einen Überblick über den Aufbau des Qualitätszielkatalogs und somit über die Kategorien der Qualitätsziele von QEP. (vgl. KBV, 2015 und KBV, 2017a)

<sup>15</sup> Der Begriff „Facharztkompetenzen“ bezieht sich auf die fachärztlichen Kompetenzen von sowohl Frauen als auch Männern.

<sup>16</sup> Für genauere Informationen siehe (Muster-) Weiterbildungsordnung 2003 der Bundesärztekammer.

Tabelle 7: Qualitätszielkatalog QEP

Kapitel	Bereich	Kriterien (Auswahl)
<b>PatientInnenversorgung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zugang amb. Versorgung</li> <li>- Untersuchung/ Diagnostik</li> <li>- Therapie und Versorgung</li> <li>- Kontinuität der Versorgung</li> <li>- Gesundheitsförderung und Prävention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leistungsspektrum</li> <li>- Terminvergabe</li> <li>- Anamnese</li> <li>- Leistungen und Eingriffe</li> <li>- Notfallmanagement</li> <li>- Spez. Versorgungsformen</li> <li>- Gesundheitsförderung</li> </ul>
<b>PatientInnenrechte und PatientInnensicherheit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PatientInnenorientierung und –sicherheit</li> <li>- PatientInnenunterlagen und Dokumentation</li> <li>- Vertraulichkeit und Schweigepflicht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufklärung und Einwilligung der PatientInnen</li> <li>- Teilnahme an klinischen Studien</li> <li>- Führen der Patientenakte<sup>17</sup></li> <li>- Wahrung der Intimsphäre</li> </ul>
<b>MitarbeiterInnen und Fortbildung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MitarbeiterInnenorientierung und Personalmanagement</li> <li>- Aus-, Fort- und Weiterbildung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personalplanung und MitarbeiterInnengespräche</li> <li>- Betriebliche Gesundheitsförderung</li> <li>- Fortbildung &amp; Qualifizierung</li> <li>- Kollegiales Lernen (Peer Review)</li> </ul>
<b>Führung und Organisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Führung der Praxis</li> <li>- Räumliche und materielle Ressourcen</li> <li>- Arbeitsschutz und Hygiene</li> <li>- Rechnungswesen/Controlling</li> <li>- Informationsmanagement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisationsstruktur &amp; Verantwortlichkeiten</li> <li>- Infrastruktur u. Ausstattung</li> <li>- Entsorgung u. Umweltschutz</li> <li>- Finanzplanung u. Controlling</li> <li>- Datensicherung</li> </ul>
<b>Qualitätsentwicklung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitätsplanung und –umsetzung (Plan+Do)</li> <li>- Qualitätsmessung und –verbesserung (Check+Act)</li> <li>- Qualitätsdokumentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitätsziele</li> <li>- Qualitätsmanagementsystem</li> <li>- Externe Qualitätssicherung</li> <li>- Verbesserungsmaßnahmen</li> <li>- QM-Handbuch</li> </ul>

Quelle: KBV (2010), eigene Darstellung

<sup>17</sup> Der Begriff „Patientenakte“ ist hier genderneutral zu verstehen.

Zusätzliche Bausteine des QEP-Modells und als ergänzend zum QEP-Qualitätszielkatalog zu verstehen, sind das „*QEP-Manual*“ mit Umsetzungsvorschlägen sowie Musterdokumenten, das „*QEP-Einführungseminar*“, eine „*QEP-Zertifizierung*“ sowie unterstützende *Qualitätszirkelmodule* und *Unterstützungsangebote der Kassenärztlichen Vereinigungen*. (vgl. KBV, 2015 & KBV, 2017a)

Nach einer *Selbstbewertung* der Praxis anhand eines Fragebogens, wird mit der Umsetzung begonnen, konkrete Ziele und Aufgaben festgelegt sowie ein Zeit- und Maßnahmenplan erstellt und Verantwortlichkeiten festgelegt. In weiterer Folge wird ein *QM-Handbuch* für die Praxis erstellt, indem alle qualitätsrelevanten Dokumente dort abgelegt werden, wobei das QEP-Manual dabei umfassende Unterstützung bieten kann. Als nächster Schritt folgt die Festlegung und in weiterer Folge die schrittweise Umsetzung der Qualitätsziele, wobei der gesamte Qualitätszielkatalog in einer frei wählbaren Reihenfolge bearbeitet und so ein *individuelles Qualitätsmanagementsystem* aufgebaut wird. Das Erreichte wird anschließend im Sinne des PDCA-Zyklus regelmäßig überprüft und kontinuierlich weiterentwickelt. Mit der vollständigen Einführung und Erfüllung aller Kernziele, gilt das QM-System als eingeführt, überprüft und weiterentwickelt, wodurch eine freiwillige Zertifizierung ermöglicht wird. (vgl. KBV, 2015 & KBV, 2017a)

Auch wenn keine gesetzliche Zertifizierungspflicht besteht, bietet QEP interessierten Praxen ein Zertifizierungsverfahren an, in dessen Mittelpunkt der Qualitätszielkatalog steht. Im Zuge des Prüfverfahrens werden die Umsetzung aller anwendbaren Nachweise/ Indikatoren des QEP-Qualitätszielkatalogs durch eine/-n neutrale/-n Dritte („*Visitor*“) geprüft. Am Anfang des *QEP-Zertifizierungsverfahrens* steht die Feststellung der Zertifizierungsreife, beispielsweise durch eine Selbstbewertung, die Aufschluss darüber gibt, ob die anwendbaren Nachweise/ Indikatoren der Kernziele erfüllt sind. Ist diese gegeben, wird eine, von der KBV akkreditierte, Zertifizierungsstelle ausgewählt und die Unterlagen eingereicht. In weiterer Folge prüft die Zertifizierungsstelle, beispielsweise TQZert GmbH, MEDZERT GmbH oder auch TÜV SÜD Management Service GmbH, das QM-Handbuch auf formale Aspekte, im Zuge einer daran anschließenden Visitation durch einen Visitor werden die Unterlagen auch auf inhaltliche Kriterien geprüft. Der anhand der Ergebnisse erstellte Visitationsbericht gibt Aufschluss über den Grad der Erfüllung der Qualitätsziele sowie Empfehlungen für die Ausstellung eines Zertifikats, welches von der Zertifizierungsstelle vergeben wird. Ein Zertifikat ist drei Jahre gültig und kann in einem Re-Zertifizierungsprozess erneuert werden. Für die Zertifikatserteilung wurden zudem „Bestehensgrenzen“ festgelegt, wobei dabei zwischen Erst- und Re-Zertifizierungen unterschieden wird<sup>18</sup>. (vgl. KBV, 2013 und KBV, 2017a & 2017b)

<sup>18</sup> Bei Erstzertifizierungen müssen pro anwendbaren Kernziel mind. ein Nachweis sowie insgesamt mind. 245 Nachweise erbracht werden, werden zwischen 228 und 244 Nachweise erbracht, kann eine spätere Zertifizierung bei Nachreichen der fehlenden Nachweise erfolgen. Bei Re-Zertifizierungen verschieben sich die Bestehensgrenzen auf mind. 261 erbrachte Nachweise bzw. auf 245 bis 260 erbrachte Nachweise. (vgl. KBV, 2013)



Zusätzlich zu dem QEP-System wurde von der KBV ein Set valider, transparenter Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für die vertragsärztliche Versorgung entwickelt und unter dem Namen „AQUIK - Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ etabliert. Das Set umfasst 48 sowohl fachgruppenübergreifende als auch fachgruppenspezifische Indikatoren für die ambulante Versorgung, beispielsweise zu arterieller Hypertonie, Herzinsuffizienz, Arthrose, rheumatoider Arthritis, gynäkologischen Themen, Impfen, Kreuzschmerz oder ADHS, und wurde in der Erstellung der aktuellen Version des QEP-Qualitätszielkatalogs berücksichtigt und eingearbeitet. (vgl. KBV, 2015)

#### 4.2.3. Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)<sup>19</sup>

Das KTQ-Verfahren der gleichnamigen „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ (KTQ) ist ein freiwilliges, kostenpflichtiges Verfahren, welches sich besonders dazu eignet, den gesetzlichen Verpflichtungen betreffend der Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagementsystems zu entsprechen und diese auch im Rahmen einer Zertifizierung nachzuweisen. Das KTQ-Verfahren ist, unter anderem, auf die speziellen Anforderungen im niedergelassenen Bereich ausgelegt und verfolgt das Ziel der Optimierung von Prozessen innerhalb der PatientInnenversorgung.

Auch im KTQ-Verfahren bildet ein Qualitätszielkatalog, der „KTQ-Katalog“, das Herzstück des QM-Systems. Der Katalog besteht aus 252 Fragen und gliedert sich in sechs Kategorien, die wiederum in 44 Kriterien unterteilt sind (siehe Tabelle 8). Die Kriterien werden teilweise über Checklisten abgefragt und folgen teilweise dem PDCA-Zyklus, bei dem jede QM-Maßnahme immer weiterentwickelt wird, wodurch ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess angestrebt wird. Um ein erfolgreiches einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu implementieren, gilt es, den KTQ-Katalog mit allen enthaltenen Fragen zu den Leistungen, Prozessabläufen und zum QM abzuarbeiten, um so in weiterer Folge die Qualitätsziele zu erreichen.

**Tabelle 8: Qualitätszielkatalog KTQ**

Kategorien	Kriterien (Auswahl)
<b>PatientInnenorientierung in der Praxis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terminvereinbarung und Wartezeit</li> <li>- Erreichbarkeit der Praxis</li> <li>- Anamnese- und Befunderhebung</li> <li>- PatientInnenaufklärung und -information</li> </ul>
<b>Führung der Praxis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Festlegung von Verantwortlichkeiten</li> <li>- Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes</li> </ul>

<sup>19</sup> Die Informationen aus diesem Kapitel stammen von der Webpage der „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“-GmbH, aufzurufen unter <http://www.ktq.de/> (Stand: 19.09.2017).

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Umweltschutz</li> <li>- Soziale Kompetenzen/ Ethik</li> </ul>
<b>Sicherstellung der MitarbeiterInnenorientierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fort- und Weiterbildung des Praxispersonals/ von Praxisinhaber und ärztlichen MitarbeiterInnen</li> <li>- Einhaltung geplanter Arbeitszeiten</li> <li>- Umgang mit MitarbeiterInnenideen und -beschwerden</li> </ul>
<b>Sicherheit in der Praxis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verfahren zum Brandschutz</li> <li>- Verfahren zum med. Notfallmanagement</li> <li>- Hygiene in der Praxis</li> </ul>
<b>Informationswesen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berücksichtigung des Datenschutzes</li> <li>- Einsicht von PatientInnendaten</li> <li>- Nutzung einer Informationstechnologie</li> </ul>
<b>Aufbau des Qualitätsmanagements in der Praxis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einbindung der MitarbeiterInnen in das Qualitätsmanagement</li> <li>- Interne/ Externe Qualitätssicherung</li> <li>- Beschwerdemanagement</li> </ul>

Quelle: KTQ-Qualitätsbericht (2017), eigene Darstellung

Das KTQ-Verfahren basiert auf einer Kombination aus Selbst- und Fremdbewertung und kann auf Wunsch mit einem Zertifikat abgeschlossen werden. Der erste Schritt für eine Praxis ist die *KTQ-Selbstbewertung*, Grundlage hierfür ist das *KTQ-Manual*, in dem alle notwendigen Schritte zum QM-Aufbau sowie zur Selbstbewertung erläutert werden. Im Zuge des Selbst-Assessments werden über die KTQ-Kategorien die QM-Maßnahmen in den sechs oben dargestellten Bereichen dargestellt. Diese Ist-Analyse stellt somit eine Standortbestimmung dar und das Ergebnis dieser Analyse im Vergleich zu den Qualitätszielen des KTQ-Katalogs zeigt die eigenen Stärken sowie Verbesserungspotentiale auf. Durch die Selbstbewertung wird zudem die Chance auf den Erhalt eines *KTQ-Zertifikats* erkennbar, welches im Anschluss entweder direkt beantragt werden kann oder erst zu einem späteren Zeitpunkt, wenn etwa Projekte zur Verbesserung der Prozessabläufe durchgeführt werden. Für die Zertifizierung ist in weiterer Folge ein Selbstbewertungsbericht zu erstellen, der Aussagen zu allen zutreffenden Kriterien des KTQ-Katalogs enthält. Kriterien, die für eine Praxis nicht zutreffen, weil sie beispielsweise keine MitarbeiterInnen beschäftigt, werden nicht in die Bewertung miteinbezogen. Die Selbstbewertung gilt als Grundlage für die *KTQ-Fremdbewertung*, welche von FachexpertInnen aus dem Gesundheitswesen, die über umfangreiches, aktuelles Praxiswissen verfügen, den sogenannten *KTQ-Visitoren*, durchgeführt wird. Diese externe, unabhängige Fremdbewertung erfolgt dabei im Auftrag von zugelassenen Zertifizierungsstellen, wie etwa der QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH,

der WIESO CERT GmbH oder der proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft, und sie wird von den KTQ-Visitoren gemäß des aktuellen KTQ-Katalogs durchgeführt. In der Fremdbewertung wird somit der Selbstbewertungsbericht hinterfragt und die für die jeweilige Einrichtung zutreffenden Kriterien des KTQ-Katalogs bewertet. Dazu werden u.a. sogenannte „Kollegiale Dialoge“ mit den MitarbeiterInnen geführt und gezielt verschiedene Bereiche der Praxis in Stichproben überprüft. Stimmen die Ergebnisse der Selbstbewertung mit den Erkenntnissen der KTQ-Visitoren weitestgehend überein und wurden 55% der KTQ-Gesamtpunktezahl (568 Punkte) sowie 55% in der Kategorie 1, PatientInnenorientierung, erreicht, empfehlen die KTQ-Visitoren der KTQ-GmbH die Vergabe des Zertifikats. Das so verliehene KTQ-Zertifikat ist drei Jahre gültig und kann danach in einer Re-Zertifizierung erneuert werden. Bestandteil jeder erfolgreichen Zertifizierung ist darüber hinaus die Veröffentlichung eines *KTQ-Qualitätsberichts*, einer umfassenden Gesamtdarstellung der Leistungen des internen QM der jeweiligen Arztpraxis, die alle Kategorien und Kriterien des KTQ-Katalogs berücksichtigt. Der Qualitätsbericht muss von jeder Praxis verfasst werden, ist über den Internetauftritt der KTQ einsehbar und gilt als Gütesiegel für das interne bzw. das gesetzlich verpflichtende Qualitätsmanagement einer Arztpraxis.

Zudem bietet die Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen einige Zusatzangebote und besondere Auszeichnungen für besondere Qualitätsbemühungen an. Zu diesen zählen allen voran die *„Best Practice“-Initiative*, die jene Einrichtungen hervorhebt, die sich durch innovative Vorgehensweisen und ausgezeichnetes Management den aktuellen Herausforderungen erfolgreich gestellt und ihre Praxis im Hinblick auf zukünftige Anforderungen gut positioniert haben. Aber auch das *„KTQ-Plus-Verfahren“* bietet als eine zusätzliche, freiwillige Ergänzung des regulären KTQ-Zertifizierungsverfahrens, interessierten ÄrztInnen eine darüber hinausgehende Möglichkeit zur Qualitätssicherung in ihren Arztpraxen an. (vgl. KTQ, 2017)

#### **4.2.4. Weitere QS-Systeme**

Neben den Qualitätssicherungssystemen der KBV sowie der KTQ-GmbH existieren in Deutschland eine ganze Reihe weiterer Anbieter von Qualitätsmanagementsystemen, durch deren Einführung und Umsetzung die Qualität im niedergelassenen Bereich sichergestellt werden kann. Diese sind oft Initiativen der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen, jedoch gibt es auch Krankenkassen oder Beratungsfirmen, die als Anbieter von Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementsystemen fungieren. In folgender Tabelle 9 sei ein Überblick über eine Auswahl weiterer QM-Systeme in Deutschland gegeben, wobei ihnen allen gemein ist, dass sie in ihren Anforderungen und Zielsetzungen der QM-RL entsprechen, sie kostenpflichtig sind und größtenteils eine freiwillige Zertifizierung möglich ist. Hier ist allerdings anzumerken, dass dies nur eine Auswahl darstellt und kein Anspruch auf Vollständigkeit gestellt wird.

Tabelle 9: Überblick über weitere QS-Systeme in Deutschland

Anbieter	Name	Beschreibung	Besonderheiten
<b>Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe</b>	<b>KPQM – Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe Praxis-Qualitäts-Management</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitätsmanagementsystem der KV Westfalen Lippe</li> <li>- Einführung und Aufbau eines einrichtungsinternen QM-System</li> <li>- Orientierung an sechs Kernelementen und Methoden/ Instrumente der QM-RL (siehe oben) sowie Verwendung von Kennzahlen und Indikatoren</li> <li>- Überprüfung des QM-Systems durch KV und Zertifizierung möglich</li> <li>- Bei Zertifizierung müssen folgende QM-Elemente vorgelegt werden: aktuelle Selbstbewertung, Beschreibung d. Einrichtungsstruktur und d. Qualitätspolitik d. Einrichtung, Darlegung von Qualitätszielen sowie Darstellung von zehn wesentlichen Prozessen d. PatientInnenversorgung/ Einrichtungsorganisation</li> <li>- Externe, akkreditierte Zertifizierungsunternehmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Befähigermodell, das Praxen notwendige Hilfestellung gibt, um ein eigenes QM aufzubauen und sich dabei an praxisspezifischen Rahmenbedingungen zu orientieren</li> <li>- Verwendung von Flussdiagrammen für die einheitliche Durchführung von Abläufen (z.B. beim Blutdruckmessen)</li> </ul>
<b>Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein</b>	<b>qu.no</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitätsmanagementsystem der KV Nordrhein</li> <li>- Einführung eines QM-Systems mithilfe eines Einstiegsseminars sowie einem Handbuch</li> <li>- als Nachweis für QM-System in Praxis: Qualitätsbericht, bestehend aus (1) aktuellen Qualitätsbericht mit Beschreibung der Praxisstruktur/ der Qualitätspolitik sowie dem Nachweis d.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ermöglicht Erfüllung d. Anforderungen des G-BA und hat den Vorteil, das QM praxisindividuell zu gestalten</li> <li>- qu.no-Qualitätsbericht als Darlegung des einrichtungsinternen QM-Systems</li> </ul>

		<p>kontinuierlichen Verbesserungsprozesses , und (2) Darlegung von zehn Praxisprozessen, wobei drei Bereiche (PatientInnen, MitarbeiterInnen &amp; Administration) auf jeden Fall berücksichtigt werden müssen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zertifizierung möglich – Auditor prüft Qualitätsbericht und führt Vor-Ort-Besuch durch, bei positiver Bewertung erfolgt Ausstellung eines Zertifikats</li> </ul>	
<b>AOK-Bundesverband</b>	<b>QISA</b> – Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Produkt der Zusammenarbeit zwischen AOK-Bundesverband und AQUA-Institut</li> <li>- Qualitätsindikatorsystem mit 15 verschiedenen Bänden (Bereichen) und über 130 Indikatoren</li> <li>- Implementierung mittels Handbuch</li> <li>- Zertifizierung ist nicht möglich, da die Bewertung der Qualität der ambulanten Versorgung im Mittelpunkt steht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bundesweit erstes System von Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung</li> <li>- Ziel: Einstieg in das Arbeiten mit Qualitätsindikatoren erleichtern</li> </ul>
<b>Clewing &amp; Partner</b>	<b>QM-MASTER</b> -Programm	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitätsmanagementsystem orientiert sich an DIN ISO 9001</li> <li>- Erarbeitung eines QM-Handbuchs sowie Erfüllung anderer Standards (z.B. Hygieneplan, Bestandsverzeichnis, etc.)</li> <li>- Überprüfung der Erfüllung der Qualitätsstandards laut ISO mittels Audit vor Ort</li> <li>- Zertifizierung und Re-Zertifizierung möglich (Zertifizierungsunternehmen: reZert)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- individuelle QM-Beratung in Praxisräumen</li> <li>- Clewing &amp; Partner unterstützt bei Vorbereitung der Zertifizierung und bietet inhaltlichen sowie technischen Support</li> </ul>

Quelle: AOK (2017a & 2017b), Clewing & Partner (2017), KVNO (2017) & KVWL(2017) , eigene Darstellung

### 4.3. Frankreich

Das französische Gesundheitssystem ähnelt in vielen Bereichen dem österreichischen System und eignet sich daher gut für einen Vergleich bezüglich der Qualitätssicherung. Die Gesundheitsversorgung in Frankreich basiert größtenteils auf dem bismarckschen Modell bei dem, wie in Österreich, die Krankenkassen nicht kompetitiv zueinander in Beziehung stehen, sondern sich die Pflicht zur Versicherung bei einer bestimmten Kassa (meist) nach dem Arbeitsort richtet. (vgl. Chevreul et al., 2015, 129)

Der Großteil der Primär- und Sekundärversorgung erfolgt im extramuralen Bereich durch selbstständige ÄrztInnen in Einzelpraxen. Ein kleiner Teil (ca. 15%) der ambulanten Versorgung wird durch angestellte ÄrztInnen, welche in Spitalsambulanzen oder Gesundheitszentren arbeiten, abgedeckt. Die Leistungserbringer können dabei von den PatientInnen frei gewählt werden. (vgl. Chevreul et al., 2015, S. 128)

In Frankreich müssen seit dem Jahr 1996 alle Spitäler an einem Akkreditierungsprozess teilnehmen, um weiter praktizieren zu dürfen. Dieser muss zudem alle vier Jahre erneut durchlaufen werden. Für praktische ÄrztInnen sowie andere Angehörige der Gesundheitsberufe des niedergelassenen Bereichs, gibt es in dieser Form jedoch keinen verpflichtenden, formalen Akkreditierungsprozess, seit jeher gibt es jedoch Bestrebungen, die Qualität auch im niedergelassenen Bereich zu sichern. (vgl. HAS, 2013)

Aufgrund dessen wurde im Jahr 2003 eine Evaluierung von Praxen (EPP, *évaluation des pratiques professionnelles*) zuerst in vier Modellregionen und im Jahr 2004 frankreichweit verpflichtend eingeführt (vgl. Czypionka et al., 2011). Im Jahr 2012 kam es zu weiteren weitreichenden Reformen, im Zuge dessen das Programm *Développement Professionnel Continue (DPC)* eingeführt wurde. Im Rahmen von DPC sind ÄrztInnen, PharmazeutInnen, ZahnärztInnen und Hebammen dazu verpflichtet, an diesem Programm zur „lebenslangen Ausbildung“ teilzunehmen, wobei die EPP dabei Teil dieses umfassenderen Ansatzes wurde. Zusätzlich besteht in Frankreich noch ein „Vertrag zur Verbesserung von Einzelpraxen“ (*Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles, CAPI*), welcher durch finanzielle Anreize zu einer besseren Qualität der französischen Gesundheitsversorgung beitragen soll (vgl. Elovainio, 2010).

#### 4.3.1. Rechtsgrundlage und Hintergrund

Die Qualität der Gesundheitsversorgung wird in Frankreich auf nationaler Ebene geregelt, die rechtliche Grundlage dafür bietet das **Sozialversicherungsgesetz** (CSS, *Code de la sécurité sociale*). Seit dem Jahr 2005 beschäftigt sich die **Hohe Behörde für Gesundheit** (HAS, *Haute Autorité de Santé*) mit der externen Qualitätssicherung in Frankreich. Diese agiert unter der Generaldirektion des französischen Gesundheits- und Sozialministeriums (*Ministère des Solidarités et de la Santé*) und ihr Bestehen und Handeln sind gesetzlich geregelt (Loi N°. 2004-810; Loi N°.2004-1139). Die HAS agiert als unabhängige, öffentliche

Organisation mit dem Ziel, die Qualität, Effizienz und Sicherheit im französischen Gesundheitswesen zu verbessern. Ihre Aufgaben sind in den Artikeln L 161-37 des Sozialversicherungsgesetzes festgelegt und sie umfassen zwei Teilbereiche: Beurteilungen & Empfehlungen sowie Akkreditierungen & Zertifizierungen von allen Organisationen und Personen des Gesundheitswesens sowie von medizinischen Produkten. Darüber hinaus gehört auch die Entwicklung von Richtlinien und Methoden für das medizinische Fachpersonal zu ihrem Aufgabenbereich. (vgl. Menot, 2014 & HAS, 2015)

Der Grundstein für die Akkreditierung von Organisationen des Gesundheitswesens in Frankreich wurde mittels Dekret (Loi N° 96-346) am 24.4.1996 gelegt und sie ist verpflichtend für alle öffentlichen und privaten Organisationen des Gesundheitswesens. Um eine kontinuierliche Verbesserung zu erreichen, wird sowohl auf ein Selbst-Assessment, als auch auf eine unabhängige, externe Evaluierung der Qualität gesetzt. Im Hinblick auf eine bessere Transparenz innerhalb des Prozesses und um die Öffentlichkeit und etwaige Stakeholder zu informieren, werden Akkreditierungsreports veröffentlicht. (vgl. HAS, 2013)

Die Akkreditierungen fanden zunächst nur in Spitälern statt, es bestand aber schon von Anfang an die Absicht, alle Leistungserbringer, also auch niedergelassene ÄrztInnen, miteinzubeziehen. So wurde auf freiwilliger Basis im Jahre 2003 in vier Modellregionen eine Evaluierung bei niedergelassenen ÄrztInnen vorgenommen (**EPP**, *évaluation des pratiques professionnelles*). In Zusammenarbeit mit der regionalen ÄrztInnenvertretung und mit als EvaluatorInnen ausgebildeten ÄrztInnen wurde das Pilotprojekt umgesetzt und ab dem Jahr 2004 frankreichweit verpflichtend eingeführt. (vgl. Czipionka et al., 2011)

#### **4.3.2. Développement Professionnel Continue (DPC)**

Im Jahr 2012 wurden schließlich fokussiert Strategien entwickelt, um die Qualität und Sicherheit im niedergelassenen Bereich zu verbessern. Durch das **HPST-Gesetz** („Hôpital, Patients, Santé, Territoires“ ; dt.: „Krankenhäuser, PatientInnen, Gesundheit, Gebiete“), welches 2009 erlassen und 2013 in Kraft getreten ist, wurden die Organisationen des Gesundheitswesens und somit auch ÄrztInnen, PharmazeutInnen, ZahnärztInnen und Hebammen zu einer fortlaufenden Qualitätsentwicklung (**DPC**, *Développement Professionnel Continu*), in Zusammenarbeit mit der HAS, verpflichtet (Loi N° 2009-879, Art. 59). Die nationale Organisation für DPC (**ADPC**, *Agence nationale du Développement Professionnel Continu*) ist dabei für die Aufsicht, die Implementierung und die organisatorischen Aspekte der DPC zuständig (vgl. ADPC 2017). Sie ist eine gemeinnützige Vereinigung die paritätisch zwischen dem französischen Staat und der nationalen Union der Krankenkassen (**UNCAM**, *Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie*) besteht. Die EPP wurde im Jahr 2013 ein Teil dieses umfassenderen Ansatzes. Die Ziele der DPC sind die medizinische Praxis zu bewerten, Wissen weiterzuentwickeln und die Qualität und Sicherheit der Versorgung zu verbessern (Loi N° 2009-879, Art. 59). Die Teilnahme an diesem Programm ist für alle Angehörigen der Gesundheitsberufe verpflichtend. Seit dem

1. Jänner 2013 folgt das medizinische Fachpersonal in Frankreich (1.7 Millionen Personen) einem obligatorischen, individuellen Drei-Jahres-DPC-Plan (vgl. ADPC, 2017).

Um der jeweiligen DPC-Verpflichtung nachzukommen, können die Angehörigen der Gesundheitsberufe (und somit auch die ÄrztInnen des niedergelassenen Bereichs) zwischen verschiedenen Möglichkeiten wählen. Einerseits kann man einem mehrjährigen **Weiterbildungsplan**, welcher von dem nationalen Verbund der jeweiligen Berufsgruppe (**CNP**, *collège national professionnel*) bereitgestellt wird, folgen. Das jeweilige CNP vereinigt verschiedene RepräsentantInnen einer Berufsgruppe (Universitäten, Gewerkschaften etc.) und die verschiedenen CNP sind innerhalb einer Föderation (**FSM**, *Fédération des Spécialités Médicales*) organisiert. Im Zuge des Weiterbildungsplans können beispielsweise verschiedene Programme zum Fachgebiet „Pneumologie“ auf der Homepage des FSM ausgewählt werden (wie etwa zu den Themen „Thorax-Ultraschall“ oder „Infektiologie“) (vgl. FSM, 2017).

Andererseits können sich die Angehörigen der Gesundheitsberufe stattdessen auch dafür entscheiden, an zwei von drei der folgenden **Maßnahmen** teilzunehmen:

### 1. Evaluierung und Verbesserung von Praxen (*Évaluation et amélioration des pratiques*)

Es gibt mehrere Möglichkeiten, um diese Maßnahme zu erfüllen, wie etwa durch ein klinisches Audit (*audit clinique*), welche die Lücken zwischen tatsächlicher und erwarteter (bzw. empfohlener) Leistung analysieren soll. Im Zuge eines Vor-Ort Besuchs, wird eine Evaluierung durchgeführt und Maßnahmen zur Verbesserung gesetzt. Die betreffende Praxis wird daraufhin bei einem erneuten Vor-Ort Besuch nochmals mithilfe derselben Indikatoren wie zuvor evaluiert, um die Effektivität der gesetzten Maßnahmen zu überprüfen. Die Evaluierung erfolgt mithilfe von klinischen Daten, welche pro- oder retrospektiv gesammelt werden, sowie durch die Analyse von PatientInnenakten. Das Thema der Evaluierung wird je nach Häufigkeit gewisser Leistungen, des Risikos der PatientInnen, Problemen und Potentialen zur Verbesserung von Seiten der Arztpraxis gewählt (vgl. HAS, 2017).

Auch in Form eines „Kompetenzberichtes“ (*bilan de compétences*), welcher von Seiten der ÄrztInnen erstellt wird, kann man diese Maßnahme erfüllen. Dabei erhält der niedergelassene Arzt/ die niedergelassene Ärztin eine Reflexion und Analyse seiner/ ihrer Motivationen, Fähigkeiten und der Behandlungsweise. Diese Analyse ermöglicht daraufhin die Entwicklung eines Fortbildungsplans, der den individuellen Ansprüchen und Bedürfnissen entspricht. Die Kompetenzbewertung ist freiwillig, vertraulich und es erfolgen keine Sanktionen. (vgl. HAS, 2017)

Eine weitere Möglichkeit umfasst die Übermittlung von Informationen und standardisierten Daten an eine Datenbank (*registre de pratiques*). Allgemeine Informationen über die



Tätigkeiten und die Praxis des/der ÄrztIn können gesammelt sowie Daten, die es zu einem bestimmten Thema gibt, nach strikten Regelungen aufgezeichnet werden (vgl. HAS, 2017).

Je nach Berufsgruppe können auch weitere Maßnahmen von den jeweiligen Angehörigen der Gesundheitsberufe ausgewählt werden, wie etwa eine Akkreditierung von medizinischen Laboratorien, multiprofessionell koordinierte Übungen, therapeutische Ausbildungen, Kooperationsprotokolle (um die Zusammenarbeit zwischen den ÄrztInnen und Angehörigen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe zu verbessern) oder auch multidisziplinäre Beratungsgespräche (vgl. HAS, 2017).

## **2. Risikomanagementmaßnahmen (*actions de gestion des risques*)**

Seit 2006 ist laut dem Dekret N° 2006-909 eine *Akkreditierung von praktisch tätigen ÄrztInnen* auf freiwilliger Basis für jene ÄrztInnen, welche in sogenannten „Risikofeldern“, wie etwa der Gynäkologie-Geburtshilfe oder der Anästhesie arbeiten, möglich. Die Teilnahme an einem Akkreditierungsprozess ermöglicht es, die DPC-Verpflichtung eines/r ÄrztIn zu erfüllen (Loi N°2016-41, Décret N° 2016-942). Die Akkreditierung erfolgt auf Basis einer Analyse der getätigten Behandlungen sowie unerwünschter oder risikoreicher Ereignisse (definiert in Art. R.6111-1 du Code de la santé publique). Etwaige Schwachpunkte können durch die Umsetzung von Empfehlungen, die Teilnahme an Maßnahmen der Evaluation und Verbesserung von Praxen (*Évaluation et amélioration des pratiques*), wie etwa klinische Audits, oder durch Ausbildungsaktivitäten ausgebessert werden, um letztendlich akkreditiert werden zu können (vgl. HAS, 2017). Die Akkreditierung im Rahmen des DPC ermöglicht darüber hinaus eine Reduktion der Kosten für den Versicherungsschutz von praktischen ÄrztInnen (vgl. Chevreul et al., 2015, S. 47).

Eine weitere Maßnahme, die gewählt werden kann, betrifft das *Risikomanagement im Team (gestion des risques en équipe)*. Dabei werden Risiken identifiziert, analysiert und priorisiert sowie ein Aktionsplan entwickelt, der umgesetzt, überwacht und bewertet wird. Dies erfolgt in einem Team, welches aus mehreren Fachkräften des Gesundheitswesens besteht, welche zusammenarbeiten und gemeinsame Ziele koordinieren. Der Umfang des Teams wird durch das jeweilige Ziel bestimmt (vgl. HAS, 2017).

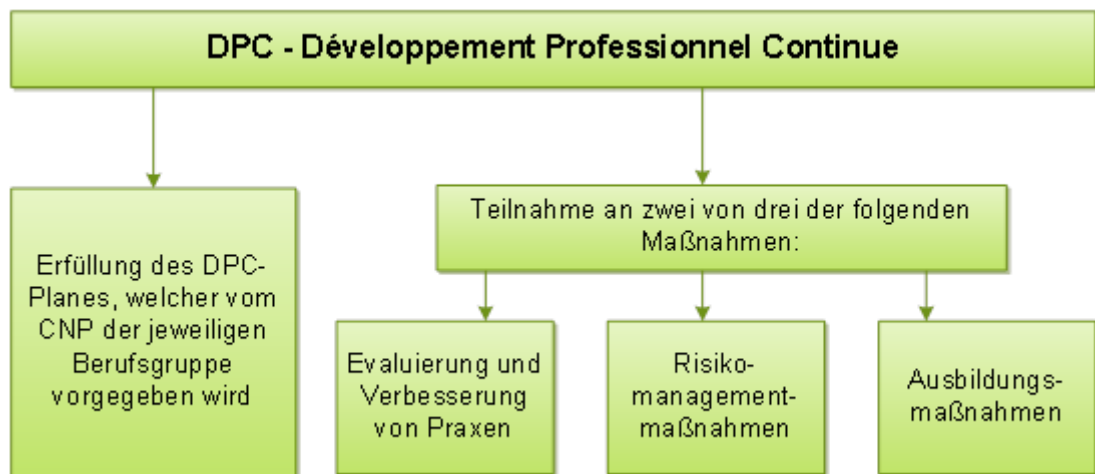
Eine dritte Möglichkeit, die DPC-Verpflichtung durch Risikomanagementmaßnahmen zu erfüllen, ist die *Mortalitäts- und Morbiditätsüberprüfung (RMM, revue de mortalité et de morbidité)*. Dabei handelt es sich um eine kollektive, retrospektive, systemische Analyse von gekennzeichneten Fällen mit „unerwünschten“ Ereignissen, wie etwa ein Todesfall, Komplikationen oder Verletzungen des/der PatientIn. Über das Jahr erfolgen mehrere Treffen, bei welchen die Fälle anonym vorgestellt und analysiert werden (Was ist passiert?, Wie und Warum ist etwas passiert?, Was wurde daraus gelernt und welche Maßnahmen müssen gesetzt werden?). (vgl. HAS, 2017)

### 3. Ausbildungsmaßnahmen (*actions de formation*)

Zusätzlich wird im Rahmen der DPC auch ein besonderer Fokus auf medizinische Weiterbildung gelegt (FMC, *Formation Médicale Continue*) (vgl. HAS, 2012). Daher kann der individuellen CPD-Verpflichtung auch durch etwaige Ausbildungsmaßnahmen nachgekommen werden.

Zunächst kann eine Fachperson des Gesundheitswesens selbst ein „CPD-Trainer“ (*formateurs DPC*) werden, welcher die Weiterbildungen für andere Angehörige der Gesundheitsberufe mitgestaltet, durchführt oder regelmäßig evaluiert. Darüber hinaus können auch Weiterbildungen in den Bereichen E-Learning sowie schriftliche und digitale Medien (*formation à distance*) absolviert werden, im Zuge dessen Themen wie die Verwendung von Diskussionsforen, Blogs und Webcasts, aber auch Instrumente wie interaktive Whiteboards, Audio- und Videokonferenzen oder Screen-Sharing behandelt werden. Auch allgemeine Weiterbildungen (*formation présentielle*) im Bereich der Gesundheit (etwa in Form von wissenschaftlichen Kongressen, Seminaren Workshops, Hochschulbildung etc.), welche die individuellen Fähigkeiten und das Wissen weiterentwickeln, aber auch zur Vernetzung von Angehörigen der Gesundheitsberufe beitragen soll, können absolviert werden. Zusätzlich kann auch durch Ausbildungen, welche durch den Erwerb eines Diploms oder eines Zertifikats bestätigt werden (wie etwa eine Lizenz, ein Master- oder Doktoratsstudium) die DPC-Verpflichtung erfüllt werden. Des Weiteren kann man auch einer Revisionsgruppe beitreten, um wissenschaftliche Artikel kritisch zu analysieren und über den aktuellen Stand der Literatur informiert zu bleiben oder auch an Gesundheitssimulationssitzungen (*session de simulation en santé*) teilnehmen. Im Rahmen dieser Sitzungen werden, basierend auf einem Skript, verschiedene Situationen simuliert, wie etwa die Implementierung neuer Verfahren. Zusätzlich werden auch Themen wie allgemeines Verhaltensmanagement (situationsbezogene Teamarbeit, Kommunikation) und Risikomanagement behandelt. (vgl. HAS, 2017)

Abbildung 4: Möglichkeiten zur Erfüllung der DPC-Verpflichtung



Anm.: CNP (collège national professionnel)= nationaler Verband der jeweiligen Berufsgruppe

#### 4.3.3. Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI)

Daneben gibt es in Frankreich seit 2009 einen „Vertrag zur Verbesserung von Einzelpraxen“ (**CAPI**, *Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles*). Dieser wurde durch die französische Krankenversicherungsorganisation für Angestellte (*CNAMTS, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés*) eingeführt, um (finanzielle) Anreize zur Qualitätsverbesserung von praktischen ÄrztInnen zu setzen (vgl. Elovainio, 2010). Der obligatorische Teil dieses Vertrages wird gemäß Artikel L162-30-2 zwischen der regionalen Gesundheitsbehörde, der örtlichen Krankenversicherungsbehörde und den jeweiligen Gesundheitseinrichtungen verhandelt (CSS, Sous-section 3, Art. D162-14).

Ziele dieses Vertrages sind (1) eine bessere Prävention (z.B. Grippeimpfungen, Mammographien), (2) Monitoring und die Kontrolle von Risikofaktoren (z.B. Diabetes), (3) verbesserte Ergebnisse (z.B.: für Bluthochdruck), (4) die Einschränkung von unnötigen und potentiell schadhaften Verschreibungen und (5) die Kontrolle von Ausgaben (z.B.: Generika) (vgl. Durand-Zaleski 2012). Es handelt sich dabei um ein Pay-for-Performance-System (P4P, *rémunération à la performance*), welches auf freiwilliger Basis beruht und in dem die oben genannten Ziele in Indikatoren, wie etwa Anzahl der Grippeimpfungen, Cholesterinwerte von DiabetespatientInnen oder Anteil von Generika, unterteilt werden, um die Bonuszahlungen berechnen zu können (vgl. Czypionka et al., 2014).

Am 1.1.2012 wurde CAPI durch die „*Vergütung der Ziele der öffentlichen Gesundheit*“ (**ROSP**, *remunération sur objectifs de santé publique*) ersetzt und die Anzahl der Indikatoren wurde von 16 auf 29 erhöht (vgl. Laurent et al., 2015). Zusätzlich wurde auch die Größe der von dem/der ÄrztIn zu behandelnden Bevölkerung berücksichtigt (vgl. Chevreul et al., 2015). Im Jahr 2016 nahmen 98% der praktischen ÄrztInnen an ROSP teil und es wurden durchschnittlich 6.983€ pro Arzt/Ärztin von der CNAMTS ausbezahlt (MG France, 2017). Laut Sécurité sociale waren die Ergebnisse dieses Programmes jedoch nicht sehr zufriedenstellend, mit der Ausnahme des Gebietes „Prävention“ (vgl. Sécurité sociale, 2013).

#### 4.4. Niederlande

Das niederländische System der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich unterscheidet sich doch recht grundsätzlich von den bisher vorgestellten Ländern, was vor allem durch die Struktur des Gesundheitswesens<sup>20</sup> erklärt werden kann: Das Hauptaugenmerk des niederländischen Gesundheitssystems liegt auf der Primärversorgung, wobei die PatientInnen zu einer bestimmten Praxis zugehörig sind und die Leistungserbringung durch speziell geschulte FamilienmedizinerInnen erfolgt, FachärztInnen arbeiten ausschließlich im Krankenhaus. Somit nehmen die HausärztInnen eine Gatekeeper-Funktion ein und das Pflegepersonal spielt, verglichen mit anderen Systemen, auch im niedergelassenen Bereich eine wichtige Rolle (vgl. Grol, 2006). Allerdings wird auch in den Niederlanden auf die Sicherstellung der Qualität der Leistungserbringung geachtet, dabei liegt der Fokus jedoch mehr auf der Arbeitsleistung der im niedergelassenen Bereich tätigen ÄrztInnen und auf jener des Pflegepersonals bzw. der Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, sowie auf der Implementierung von grundlegender Qualität im gesamten Gesundheitssystem. So wird die Qualität im niedergelassenen Bereich durch klinische Richtlinien, Ausbildung des Fachpersonals, Ergebnisqualitätsindikatoren auf Praxis-Level, Qualitätszirkel, Akkreditierungs- und Verbesserungsmodelle sowie Vor-Ort-Besuche und unterstützende Beratung sichergestellt (vgl. Grol, 2006).

Die Qualitätsarbeit unterlag bis in die 1990er-Jahre noch der Selbstkontrolle der Leistungsanbieter im Gesundheitswesen, und war schon damals recht fortschrittlich, zB das Visitatie-Verfahren, auf dessen Grundlage das EPA geschaffen wurde. Dennoch wird die Qualität seit der Jahrtausendwende einerseits vermehrt durch verpflichtende Maßnahmen vonseiten des Gesundheitsministeriums forciert und andererseits durch eigene Initiativen der anderen Stakeholder im Gesundheitsbereich weiter vorangetrieben (vgl. Grol, 2006). Hauptverantwortlich für die Qualitätssicherung in den Niederlanden ist das Gesundheitsministerium, „*Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*“ (VWS ; dt.: Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport), dem die endgültige Verantwortung der Qualität im Gesundheitswesen obliegt. Daneben spielen allerdings auch andere staatliche Institutionen eine wichtige Rolle, allen voran die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen, „*Inspectie voor de Gezondheidszorg*“ (IGZ), aber auch das Nationale Institut für das Gesundheitswesen, „*Zorginstituut Nederland*“ (ZIN), sowie das dazugehörige Institut für Qualität im Gesundheitswesen (*Kwaliteitsinstituut voor de Zorg*). Weitere Akteure im Zuge der Bemühungen zur Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich sind die niederländische Dachorganisation der ÄrztInnenvereinigungen (*Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst, KNMG*) sowie die Vertretung der

---

<sup>20</sup> Anmerkung: In den Niederlanden besteht eine „Pflicht zur Versicherung“, der Anbieter der Versicherung kann dabei aber zwischen verschiedenen, miteinander in Konkurrenz stehenden, Leistungsanbietern frei gewählt werden. Im Zuge der Gesundheitsreform 2006 wurde jedoch eine gesetzlich verpflichtende Grundversicherung eingeführt, die die Primär- sowie Sekundärversorgung abdeckt, Zusatzversicherungen für nicht-inkludierte Leistungen sind möglich (vgl. Grol, 2006 & Kroneman et al., 2016).

HausärztInnen (*Nederlands Huisartsen Genootschap, NHG*) und private Forschungsinstitute, wie etwa das Niederländische Institut für Verbesserung im Gesundheitswesen (*Centraal Begeleidingsorgaan voor Intercollegiale Toetsing, CBO*) oder das Wissenschaftliche Institut für Qualität im Gesundheitswesen (*IQ Scientific Center for Quality of Healthcare*). In den Niederlanden besteht eine Registrierungspflicht der ÄrztInnen, die die Voraussetzung für eine (Wieder-) Zulassung ist. In diesem Kontext gibt es mehrere Registrierungssysteme, ein gesetzlich verpflichtendes sowie mehrere freiwillige. Zudem können sich Arztpraxen auch in den Niederlanden freiwillig zertifizieren lassen, beispielsweise durch das *Europäische Praxisassessment (EPA)*, das QM-Zertifikat der „Stiftung für Harmonisierung der Qualität im Gesundheitswesen“ (*Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector, HKZ*) oder durch Zertifikate der Ärztekammer.

#### 4.4.1. Rechtsgrundlage und Hintergrund

Prinzipiell obliegt der niederländischen Gesetzgebung laut Verfassung die Verantwortung für die Qualität der Gesundheitsversorgung, wie diese erfüllt wird, kann jedoch frei entschieden werden (vgl. Buijsen, 2006). Als Grundannahme gilt dabei, dass die Marktmechanismen eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu leistbaren Preisen hervorbringen, dies ist allerdings in ein strenges Gesetzes- und Regelwerk eingebunden, um die Qualität für alle PatientInnen sicherzustellen. Somit lassen sich in den Niederlanden in einigen Gesetzen Instrumente zur Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung finden, wobei diese immer die PatientInnen in den Mittelpunkt stellen, die als informierte KonsumentInnen die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit ergreifen und als solche immer den qualitativ hochwertigsten Gesundheitsanbieter wählen. Das **Gesetz zur Qualität der Gesundheitseinrichtungen** (*Kwaliteitswet Zorginstellingen, KZi*) sieht vor, dass Gesundheitseinrichtungen eine „verantwortungsbewusste Versorgung“ zu bieten haben, wobei die Ausgestaltung davon den Einrichtungen selbst überlassen wird und die Einhaltung der Anforderungen, wie etwa systematische Datenerhebungen, durch die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen (IGZ) überwacht werden. Als „verantwortungsbewusste Versorgung“ wird hierbei eine qualitativ hochwertige, effiziente, effektive und patientInnenorientierte sowie bedarfsorientierte Versorgung verstanden. Das **Gesetz zu den individuellen Gesundheitsberufen** (*Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, BIG*) gilt als die wichtigste Rechtsgrundlage für die QS im niedergelassenen Bereich, da es die Qualität der Gesundheitsversorgung durch die individuellen Leistungserbringer mithilfe einer Registrierungspflicht (siehe auch 4.4.2) regelt. So sieht das Gesetz vor, dass die Qualität der Behandlungsweise durch die Gesundheitsberufe zu gewährleisten ist und die PatientInnen vor einer nicht-qualifizierten Gesundheitsversorgung zu bewahren sind. Im Zuge dessen beinhaltet BIG Voraussetzungen betreffend der für eine Zulassung notwendigen Qualifikationen, Fachkenntnisse und Fertigkeiten der Leistungserbringer sowie Sanktionen bei Nichterfüllung/ Nichteinhaltung dieser. Zudem befassen sich auch das **Gesetz zur Vereinbarung über die medizinische Versorgung** (*Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst, WGBO*) sowie das **Gesetz zu Qualität, Beschwerden und**

**Streitfragen** (*Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, Wkkgz*) mit der Qualitätssicherung, diese zielen jedoch eher auf die Rechte und Pflichten der Leistungserbringer sowie der PatientInnen ab und sehen eine Veröffentlichung der Qualifikationen der Leistungsanbieter vor. (vgl. Kroneman et al., 2016, S. 26-51 & S. 184-209)

Auf Grundlage dieser Gesetze ergeben sich einige Verpflichtungen, die laut Gesetz jeder Leistungserbringer, und damit auch die niedergelassenen ÄrztInnen, zu erfüllen haben. Zu diesen zählen (1) die Erbringung einer verantwortungsbewussten Versorgung, die den Qualitätsstandards der Ärztekammer entsprechen, (2) die Besprechung der Versorgungspfade mit den PatientInnen, (3) die Einbeziehung der PatientInnen in den Behandlungsprozess, (4) ein vorhandenes Fehlermeldesystem und (5) eine jährliche Berichterstattung über Qualitätsmanagement-Bemühungen. Zudem dürfen jegliche Gesundheitsleistungen nur von registrierten/ zugelassenen ÄrztInnen erbracht werden und Gesundheitseinrichtungen müssen akkreditiert sein, um Gesundheitsleistungen erbringen zu können. Um eine Akkreditierung zu erlangen, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden, die v.a. die Notfallversorgung und die Transparenz betreffend der Führungsstruktur sowie der Betriebsführung, umfassen. (vgl. Government of the Netherlands, 2017)

Die wichtigsten Akteure und ihre Aufgaben für die Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich sind in nachfolgender Tabelle 10 dargestellt:

**Tabelle 10: Wichtige Akteure in der niederländischen Qualitätssicherung**

Akteure	Aufgaben in der Qualitätssicherung
<b>Gesundheitsministerium</b> <i>Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Endgültige Verantwortung für den Gesundheitssektor, sodass die Gesundheitsversorgung sicher, für alle zugänglich, leistbar und von guter Qualität ist</li> </ul>
<b>Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen</b> <i>Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wichtige Rolle bei der Kontrolle, Erhaltung und Weiterentwicklung der Qualität in der Gesundheitsversorgung</li> <li>- Kontrolle der Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen an die Leistungserbringer</li> <li>- Einhaltung des BIG sowie etwaiges Setzen von Sanktionen</li> <li>- Vorgabe von Qualitätsindikatoren sowie Kontrolle ihrer Einhaltung</li> </ul>
<b>Nationales Institut für das Gesundheitswesen</b> <i>Zorginstituut Nederland (ZIN)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verantwortlich für Qualität des Gesundheitssektors</li> <li>- Förderung von Verbesserungen in der</li> </ul>

	Qualität der Gesundheitsversorgung
<b>Institut für Qualität im Gesundheitswesen</b> <i>Institute for Healthcare Quality</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teil von ZiN</li> <li>- Verantwortlich für Entwicklung und Umsetzung von Qualitätsstandards sowie für bedarfsgerechte Versorgung</li> <li>- Zuständig für Datenmanagement der Webseite <a href="http://www.kiesbeter.nl">www.kiesbeter.nl</a>, sodass PatientInnen Zugang zu einer vertrauensvollen Informationsquelle zur Qualität der Gesundheitsversorgung haben</li> </ul>
<b>Niederländische Ärztevereinigung</b> <i>Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zuständig für Zulassung der ÄrztInnen und damit auch für die Zulassungserneuerung</li> <li>- Richtlinien, Weiterbildungsanforderungen, Akkreditierung von Fortbildungen</li> </ul>
<b>Vertretung der HausärztInnen</b> <i>Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterstützung und Verbesserung der evidenzbasierten Familienmedizin</li> <li>- Erarbeitung von Richtlinien für den Hausarztbereich</li> <li>- Weiterbildungen, Praxis-Zertifizierungen, Positionspapiere zur Stärkung der Primärversorgung</li> </ul>
<b>Niederländisches Institut für Verbesserung im Gesundheitswesen</b> <i>Centraal Begeleidingsorgaan voor Intercollegiale Toetsing (CBO)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teil der Niederländischen Organisation für Angewandte Wissenschaftliche Forschung (TNO)</li> <li>- Förderung der Qualität der Gesundheitsversorgung durch Unterstützung, Beratung, Beaufsichtigung und Ausbildung der ÄrztInnen</li> <li>- Vorschläge für Innovationen in der QS, Erarbeitung und Etablierung von multidisziplinären, evidenzbasierten Behandlungsleitlinien</li> </ul>
<b>Wissenschaftliches Institut für Qualität im Gesundheitswesen</b> <i>IQ Scientific Center for Quality of Healthcare</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forschung, um Qualität der Gesundheitsversorgung für die PatientInnen nutzenbringend zu verbessern</li> <li>- Zusätzliches Angebot von Fortbildungen sowie Unterstützung der Politik</li> </ul>

Quelle: siehe Kroneman et al. (2016), S. 26-51 & S.184-209 ; KNMG (2017), IQ Healthcare (2017), NHG (2017) & TNO (2017)



Die *Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen* agiert im Sinne einer risikogesteuerten Beaufsichtigung und kontrolliert als solche die Qualität im niedergelassenen Bereich. Zu diesem Zweck werden versorgungsrelevante **Qualitätsindikatoren** verwendet, die die Qualität der erbrachten Gesundheitsleistungen darstellen und die sich auf verschiedene Aspekte der Gesundheitsversorgung beziehen, u.a. auf organisatorische Strukturen, Prozesse und patientInnenbezogene Ergebnisse. Um der Heterogenität der verschiedenen Gesundheitssektoren Folge zu leisten, wurden verschiedene Indikatorensets entwickelt, die auf die Anforderungen der unterschiedlichen Bereiche eingehen. Auf Grundlage der Qualitätsindikatoren sowie anderen Informationsquellen, wie etwa PatientInnenbefragungen, Selbst-Assessments der Leistungserbringern oder Informationen zur finanziellen Lage der Arztpraxen, wird bestimmt, ob der Versorgungsprozess effektiv und effizient organisiert ist und ob die Versorgung selbst von ausreichender Qualität ist. Sollte die Bewertung das Vorliegen eines Risikos ergeben, finden Vor-Ort-Besuche durch Auditoren statt, welche bei Feststellen der Nicht-Einhaltung der Qualitätsindikatoren weitere Disziplinarmaßnahmen einleiten. (vgl. IGZ, 2017)

Zudem führt das IGZ unangekündigte Vor-Ort-Besuche durch, ermittelt im Falle von PatientInnenbeschwerden und kontrolliert die Qualität der Leistungserbringung durch den Einsatz von „Mystery Shopping“, d.h. den Ordinationsbesuch von als PatientInnen getarnten InspektorInnen. (vgl. Government of the Netherlands, 2017)

**Informationen über die Qualität der Arztpraxen** finden sich zudem auf der Webseite [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) (kies beter = „choose better“) wieder, die somit öffentlich zugänglich ist und die Qualitätsbemühungen von all jenen Gesundheitseinrichtungen, die qualitätsbezogene Informationen an die staatlichen Behörden geliefert haben, transparent macht.

Der Bereich der **Continuing Medical Education** ist in den Niederlanden eng mit den Vorgaben zur (Re-) Registrierung der Ärzteschaft verbunden, zusätzlich bieten aber auch die niederländische Ärztekammer sowie ihre fachlichen Unterorganisationen, zu denen beispielsweise auch die NHG zählt, weiterführende Fortbildungen an und sind definieren als solche das Ausmaß der notwendigen Weiterbildungsanforderungen, um wieder als Arzt/Ärztin zugelassen zu werden.

#### 4.4.2. Registrierungssysteme

Das Gesetz zu den individuellen Gesundheitsberufen (BIG) sieht eine Registrierungspflicht aller in der Gesundheitsversorgung tätigen Personen vor, um die Qualität zu fördern, überwachen und sicherstellen zu können. Dafür wurde das *BIG-Register* geschaffen, welches ein Verzeichnis aller in den Niederlanden tätigen ÄrztInnen, KrankenpflegerInnen,

ApothekerInnen und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe ist und welches von CIBG, einer Abteilung des Gesundheitsministerium verwaltet wird. Nur diejenigen, die die gesetzlich erforderliche Ausbildung vorweisen können, können in das Register aufgenommen werden und nur diejenigen, die im Register verzeichnet sind, sind für die Berufsausübung zugelassen. Somit stellt es auch das wichtigste Instrument für die Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich dar.

Das BIG-Register ordnet die Berufsgruppen drei verschiedenen Kategorien zu, wobei jede Kategorie unterschiedliche Implikationen bezogen auf die Anwendbarkeit von Sanktionen sowie auf die Anforderungen für eine Zulassung haben. So müssen niedergelassene ÄrztInnen im BIG-Register erfasst sein und sich an gewisse disziplinarische Grundsätze halten bzw. bei Verstößen mit Sanktionen rechnen. Nach einer Erstregistrierung bei der Ärztekammer (KNMG), erfolgt die gesetzlich verpflichtende BIG-Registrierung, die alle fünf Jahre erneuert werden muss. Als Voraussetzung für eine Re-Registrierung, und damit in weiterer Folge auch für eine erneute Zulassung als Arzt/ Ärztin, sind der Nachweis von entweder genügend Arbeitserfahrung oder bestimmten Weiterbildungsanforderungen. Als ausreichende Arbeitserfahrung gelten 2.080 Stunden in fünf Jahren, was etwa acht Stunden pro Woche entspricht, wobei die Arbeitszeit in der individuellen Gesundheitsversorgung und für den Bereich, für den die Re-Registrierung beantragt wird, geleistet werden muss. Für eine Erneuerung der Zulassung über die Weiterbildungsschiene muss man sich entweder an ein vorgegebenes Weiterbildungsprogramm, das in etwa sechs Monate dauert und von bestimmten Ausbildungsstätten wie der VUmc Academy angeboten wird, halten oder sich in der fachärztlichen Ausbildung befinden. Zusätzlich müssen sich die ÄrztInnen an gewisse disziplinarische Grundsätze halten, die dazu dienen, die Qualität der Gesundheitsversorgung hoch zu halten. Stellt das IGZ eine Regelverletzung fest bzw. wird eine solche dem IGZ gemeldet, wird der Fall in einem Disziplinarverfahren untersucht und bewertet. Je nach Schwere des Verstoßes werden den Leistungserbringern unterschiedliche Sanktionen auferlegt, die von einer Mahnung, einer Verwarnung und einer Geldstrafe über eine (befristete) Suspendierung und den Entzug des Rechtes, bestimmte Behandlungen durchzuführen, bis hin zum Entzug der Zulassung, und damit dem Streichen aus dem BIG-Register, reichen. Zudem werden alle ÄrztInnen, die eine Sanktion auferlegt bekommen haben, auf der Webseite des Gesundheitsministeriums namentlich angeführt und ihr Verstoß öffentlich einsehbar gemacht. (vgl. CIBG, 2017)

Neben dem BIG-Register gibt es jedoch auch eine Reihe an *freiwilligen Qualitätsregistern* für unterschiedliche Gesundheitsberufe, wobei diese meistens zusätzlich zu dem gesetzlich verpflichtenden verwendet werden und die Einhaltung der Anforderungen sowie den Weiterbildungsstand der Fachkräfte festhalten. So lassen sich die freiwilligen Qualitätsregister für die PhysiotherapeutInnen, ZahnärztInnen, GeburtshelferInnen, ErgotherapeutInnen und LogopädinInnen, aber auch für ErnährungsberaterInnen, pharmazeutische AssistentInnen sowie für das Pflegepersonal finden. (vgl. Keurmerkinstituut, 2017)

#### 4.4.3. Weitere QS-Systeme: Zertifizierungen

Auch in den Niederlanden besteht die Möglichkeit, sich als Arztpraxis freiwillig zertifizieren zu lassen und somit die Qualitätsbemühungen nach außen hin sichtbar zu machen. Neben den europäischen Systemen, und hier allen voran dem *Europäischen Praxisassessment*, gibt es in den Niederlanden auch ein QM-Zertifikat der „Stiftung für Harmonisierung der Qualität im Gesundheitswesen“ (*Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector, HKZ*) sowie Zertifikate der Ärztekammer.

Das *HKZ-Zertifikat* orientiert sich eng an den Normen der ISO 9001-Zertifizierung, beinhaltet aber einige sektorenspezifische Erweiterungen, um den speziellen Anforderungen des Gesundheitswesens gerecht zu werden. Dabei stehen die PatientInnen im Mittelpunkt und primäres Ziel ist die Etablierung eines systematischen Erkennens und Korrigierens von Fehlern in den praxisinternen Prozessen durch stärkere Einbindung der MitarbeiterInnen. Das Zertifikat wird von einer unabhängigen Akkreditierungsstelle im Zuge eines Audit-Verfahrens verliehen, hat eine Gültigkeit von drei Jahren und kann danach in einem Re-Zertifizierungsprozess erneuert werden. (vgl. Cypionka et al, 2014 & HKZ, 2017)

Ein weiteres, im niedergelassenen Bereich weit verbreitetes, Zertifikat ist jenes der Ärztekammer der HausärztInnen (NHG). Das *NHG-Zertifikat* wird an jene Arztpraxen verliehen, die bestimmte Qualitätsindikatoren betreffend die medizinische Leistungserbringung, die Organisation der Praxis sowie die Zufriedenheit der PatientInnen erfüllen<sup>21</sup>. Arztpraxen, die mit dem NHG-Zertifikat ausgezeichnet sind, zeichnen sich somit durch kontinuierliche Qualitätsbemühungen und nicht nur durch das bloße Erfüllen der gesetzlichen Vorgaben und Qualitätsstandards aus und legen damit ihre Qualität transparent nach außen dar. Der Zertifizierungsprozess besteht aus vier Phasen, die alle erfolgreich durchlaufen werden müssen, um ein Zertifikat zu erlangen. Nach einer Selbstevaluierung, in der die niedergelassenen ÄrztInnen anhand eines Katalogs evaluieren, ob ihre Praxis die Qualitätsstandards erfüllt, erfolgt ein Prä-Audit, im Zuge dessen ein Auditor feststellt, ob die Praxis für einen Audit bereit ist oder ob noch größere Verbesserungen vorgenommen werden müssen, um die Qualitätsstandards zu erfüllen. Vier Monate nach dem Prä-Audit wird schließlich ein Audit durchgeführt, bei dem erhoben wird, ob alle Qualitätsstandards bedient werden können. Wird eine Arztpraxis mit dem NHG-Zertifikat ausgezeichnet, finden daran anschließend jährliche Vor-Ort-Besuche statt, in denen festgehalten wird, ob Verbesserungen vorgenommen wurden, ob nach wie vor alle Qualitätsstandards eingehalten werden und in welchen Bereichen weitere Verbesserungen möglich sind. (vgl. NHG, 2017 & NPA, 2017)

---

<sup>21</sup> Im Zuge des NHG-Zertifikats finden 23 verschiedene Qualitätsindikatoren Anwendung, die u.a. in die Bereiche der Qualität, der Hygiene, der Interdisziplinarität, der Beschwerden sowie der Behandlungsergebnisse fallen. Genauere Informationen finden sich auf der Webseite der NPA, abzurufen unter [http://www.praktijkaccreditering.nl/sites/default/files/content/npa\\_nhg\\_org/final\\_npa\\_kwaliteitsnormen\\_webversie\\_be\\_v.pdf](http://www.praktijkaccreditering.nl/sites/default/files/content/npa_nhg_org/final_npa_kwaliteitsnormen_webversie_be_v.pdf) (auf Niederländisch).

Zusätzlich gibt es noch Gütesiegel für Online-Apotheken, Einrichtungen, die keine Fixierungen<sup>22</sup> einsetzen, Medizinprodukte-Anbieter, Krankenhäuser, die speziell auf Kinder oder SeniorInnen ausgerichtet sind sowie für bestimmte Produkte, wie etwa Rollstühle, Rollatoren, Notfallarmbänder oder Krankenhausbetten. (vgl. Keurmerkstituut, 2017)

---

<sup>22</sup> Unter „Fixierungen“ versteht man in der Medizin mechanische Vorrichtungen, die PatientInnen fesseln, um sich vor sich selbst und andere Personen zu schützen und werden als solches hauptsächlich in der Psychiatrie eingesetzt.

## 4.5. England

England weist ein größtenteils steuermittelfinanziertes Gesundheitssystem auf, in dem jede dort lebende Person Zugang zu den Leistungen des *National Health Service (NHS)* erhält. Bis zum Jahr 2012 wurden in England die Gesundheitsaufgaben durch zehn regionale „*Strategic Health Authorities*“ (SHAs) und 151 „*Primary Care Trusts*“ (PCTs) ausgeführt. (vgl. Cylus et al., 2015, S. 13). Im Jahr 2012 wurden diese jedoch durch 221 „*Clinical Commissioning Groups*“ (CCGs) ersetzt, welche einen Zusammenschluss von AllgemeinmedizinerInnen (GPs) darstellen und als solche auch von diesen geleitet werden (vgl. Cylus et al., 2015, S. 18).

In den letzten Jahren hat in England die externe Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich sowie die Transparenz immer mehr an Bedeutung gewonnen und wird von externen Regulierungsbehörden wie der *Care Quality Commission (CQC)* und dem *General Medical Council (GMC)* durchgeführt. Zudem gibt es noch eine ganze Reihe weitere Initiativen, zu denen etwa ein Online-Bewertungsportal des NHS oder auch Qualitätsindikatoren im niedergelassenen Bereich zählen.

Normen, welche oftmals als inhärente, berufliche Attribute angenommen wurden, sind nun gesetzlich verankerte Anforderungen, wie beispielsweise die Bedingung dem/der PatientIn alle Informationen und Entwicklungen mitzuteilen, auch dann, wenn dem/der LeistungsanbieterIn ein Fehler unterlaufen ist. (vgl. OECD, 2016, S.69) Diese „Mindestanforderungen“ werden von den eben erwähnten Organisationen regelmäßig und nach gesetzlich verankerten Richtlinien regelmäßig überprüft und die Ergebnisse online veröffentlicht.

### 4.5.1. Rechtsgrundlage und Hintergrund

In England ist die Qualitätssicherung zentral organisiert und gesetzlich durch den *Health and Social Care Act* (i.d.j.g.F) und den *Medical Act* (i.d.j.g.F) verankert. Zudem gibt es noch einige *Richtlinien vom General Medical Council (GMC)*, die beachtet und *Qualitätsindikatoren*, die eingehalten werden müssen, sowie einen *Rahmenvertrag* zwischen dem Nationalen Gesundheitsdienst (NHS) und der britischen Ärztesvereinigung (BMA). Darüber hinaus gibt es auch zusätzliche Maßnahmen auf regionaler Ebene, da die CCGs im Rahmen des Leistungseinkaufs eine gesetzliche Pflicht zur Sicherung und Überwachung der Qualität haben (vgl. OECD, 2016, S.69).

Im Rahmen des **Health and Social Care Act 2012** wurden in England die „*NHS Primary Care Trusts*“ sowie die „*Strategic Health Authorities*“ durch 221 „*Clinical Commissioning Groups*“ (CCGs) ersetzt, welche einen Zusammenschluss von regionalen GPs darstellen und auch von diesen geleitet werden. Ziel dieser umfassenden Reform war es, trotz der stark staatlichen Komponente des englischen Gesundheitssystems, ein kompetitives

Element und damit mehr Verantwortung auf der Seite der ÄrztInnen einzubringen und so für mehr Effizienz, eine Reduktion der Kosten sowie für eine Qualitätssteigerung der Gesundheitsleistungen zu sorgen. (vgl. Cylus et al., 2015, S. 18)

AllgemeinmedizinerInnen (GPs) in England arbeiten unter dem Vertrag **General Medical Services** (GMS), welcher zwischen der britischen Ärzteorganisation und –gewerkschaft, der *British Medical Association* (BMA), und dem NHS verhandelt wird, wobei der Vertrag mit Arztpraxen und nicht mit individuellen ÄrztInnen abgeschlossen wird. (vgl. Cylus et al., 2015, S.58). Das Pay-for-Performance-System *Quality and Outcomes Framework* (QOF) bietet im Rahmen dieses Vertrages finanzielle Anreize zur Qualitätssteigerung (siehe Kapitel 4.5.4).

In England ist die Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich institutionell verankert, denn durch den **Health and Social Care Act 2008** sind alle GesundheitsdienstleisterInnen in England dazu verpflichtet, grundlegende Qualitäts- und Sicherheitsstandards zu erfüllen, welche von der *Care Quality Commission* (CQC) überprüft werden (vgl. HSCA 2008, chap. 14). Zusätzlich müssen sich alle ÄrztInnen laut **Medical Act 1983** (i.d.j.g.F) durch das *General Medical Council* (GMC) registrieren und sich regelmäßig (re-) zertifizieren lassen (vgl. OECD, 2016). Im Rahmen der Rezertifizierung wird großen Wert auf Weiterbildungen und somit auf die Erfüllung der **Continuing Medical Education (CME)** gelegt (siehe Kapitel 4.5.34.5.3 ).

#### 4.5.2. Care Quality Commission (CQC)

Die *Care Quality Commission* (CQC, dt.: Versorgungsqualitätskommission) ist eine unabhängige Regulierungsbehörde für Gesundheit und Soziales in England und lizenziert, bewertet und kontrolliert als solches die Organisationen der Gesundheitsversorgung sowie setzt die Rechtsanforderungen in ihrem Zuständigkeitsbereich durch. Zu diesen Organisationen der Gesundheitsversorgung zählen Spitäler, Pflegeheime und Heimdienste, aber auch ZahnärztInnen sowie seit 2014 praktische ÄrztInnen (vgl. Cylus et al., 2015, S. 19). Die Finanzierung erfolgt durch mehrere Ministerien, die CQC ist jedoch keinem Ministerium unterstellt (vgl. Cypionka et al., 2014).

Bevor ein Leistungserbringer in England tätig werden kann, muss er/sie sich bei der CQC registrieren lassen und deren Anforderungen, wie etwa genügend Personal, ausreichende Qualifikationen und Erfahrung, Größe und Ausstattung der Gesundheitseinrichtung etc., genügen. Sobald die Registrierung erfolgt ist, kann die Person praktizieren, wird dabei jedoch kontinuierlich von der CQC überwacht und regelmäßig geprüft (vgl. CQC, 2017).

Bevor eine Inspektion durch die CQC erfolgt, werden Informationen aus verschiedenen Quellen, zu denen Anmerkungen von PatientInnen via Telefon, Briefe und Internet<sup>23</sup>, aber auch Informationen von MitarbeiterInnen oder anderen LeistungsanbieterInnen zählen, eingeholt (vgl. CQC, 2017). Darüber hinaus wird eng mit den lokalen *Healthwatch-Organisationen* zusammengearbeitet, welche als regionale Anlauf- und Informationsstellen für PatientInnen dienen (vgl. Healthwatch 2017). Im Zuge von Inspektionen bei AllgemeinmedizinerInnen werden insbesondere auch Auskünfte der *Patient Participation Groups (PPGs)*, welche die Interessen der PatientInnen von AllgemeinmedizinerInnen vertreten, berücksichtigt. (vgl. CQC, 2017).

Das Team, welches die Inspektion vonseiten der CQC durchführt, umfasst einen/e CQC-PrüferIn, einen/e AllgemeinmedizinerIn sowie andere FachexpertInnen, wie etwa ArzthelferInnen oder speziell ausgebildete ArztpraxismanagerInnen. Im Rahmen der Inspektion werden Informationen durch Interviews mit sowohl PatientInnen als auch MitarbeiterInnen, durch Beobachtungen sowie durch lokale und nationale Datensätze gesammelt. Darüber hinaus werden auch Vor-Ort Aufzeichnungen und Akten analysiert und die Ausstattung überprüft. Bei Praxen von AllgemeinmedizinerInnen und Einrichtungen für Suchtmittelmissbrauch werden die Inspektionen vorher angekündigt<sup>24</sup>. (vgl. CQC, 2017)

Am Ende einer Inspektion findet ein Treffen zwischen den Mitgliedern des Inspektionsteams und den MitarbeiterInnen der zu beurteilenden Arztpraxis statt. Dabei wird eine Zusammenfassung der gefunden Ergebnisse gegeben, auf etwaige Probleme hingewiesen sowie Maßnahmen festgelegt und Pläne für weitere Audits besprochen. (vgl. CQC, 2017)

Die Ergebnisse werden in Form eines Berichtes, der auch eine Leistungsbeurteilung enthält, veröffentlicht, um so den PatientInnen bei der Suche nach LeistungsanbieterInnen zu helfen. Die CQC legt dabei die Mindestanforderungen fest und bestimmt die Voraussetzungen für eine „gute“ und „hervorragende“ Leistung in der Versorgung. Wenn die Leistungen der AnbieterInnen die Mindeststandards nicht erfüllen, ist die CQC befugt, Maßnahmen zur Verbesserung anzuordnen oder die Befugnisse des/der AnbieterIn einzugrenzen, bis die notwendigen Anforderungen erfüllt werden. Die Sanktionen reichen von Ermahnungen über Geldstrafen bis hin zu Strafverfolgungen sollten PatientInnen gefährdet seien (vgl. Cylus et al., 2015, 30).

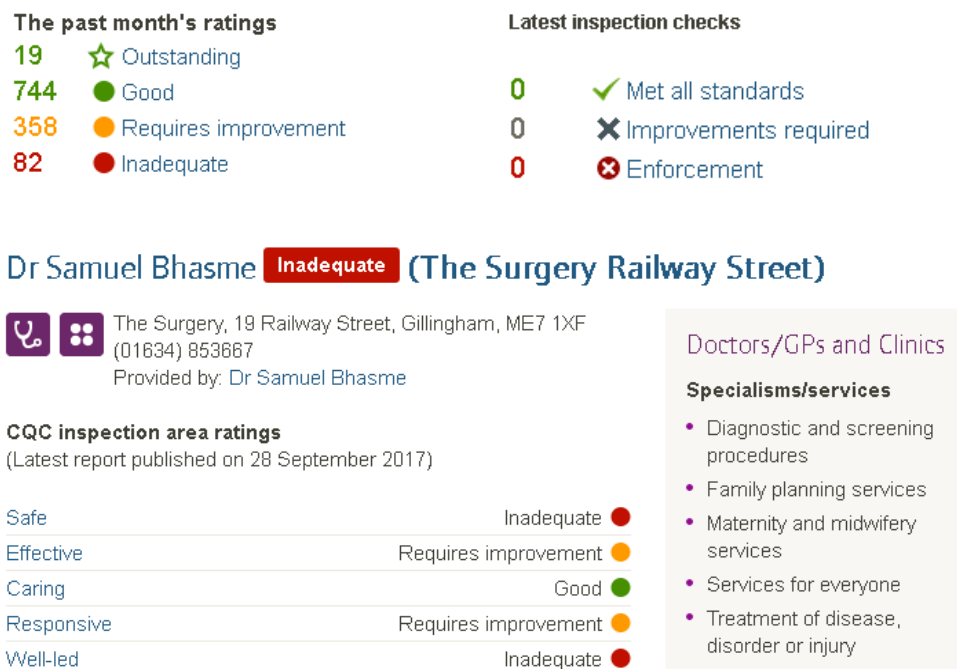
Die Ergebnisse der Überprüfung können auf der Webseite der Care Quality Commission von jedem/r eingesehen werden. Seit dem Jahr 2013 gibt es die Beurteilungen „hervorragend“, „gut“, „benötigt Verbesserungen“ und „inadäquat“ für die Bereiche „Sicherheit“, „Effektivität“, „Versorgung“, „Aufmerksamkeit“ und „gute Führung“ (siehe Abbildung 5). Davor wurden die

<sup>23</sup> Erfahrungsberichte von PatientInnen können über die Homepage „*share your experience*“ der CQC abgegeben werden. Siehe <http://www.cqc.org.uk/share-your-experience-finder> (Stand 28.09.2017).

<sup>24</sup> Vier Wochen vor der Inspektion wird angekündigt, welche clinical commissioning groups (CCG) als nächstes beurteilt werden.

ÄrztInnen nur anhand eines „Häkchens“ (alle Standards sind erfüllt) oder eines „Kreuzes“ (Verbesserungen sind notwendig oder Maßnahmen/Sanktionen werden ergriffen) bewertet. Bei manchen LeistungsanbieterInnen findet sich immer noch dieses Beurteilungssystem auf der Webseite, da noch nicht bei allen registrierten AnbieterInnen eine Beurteilung nach dem neuen System durchgeführt werden konnte. Darüber hinaus werden nach wie vor ZahnärztInnen nach diesem (älteren) System beurteilt, da laut CQC in diesem Bereich die Qualität damit ausreichend gesichert ist. (vgl. CQC, 2017)

**Abbildung 5: Beispielhafte Beurteilung durch die CQC**



#### 4.5.3. General Medical Council (GMC) – Annual Appraisal

Das *General Medical Council (GMC)* wurde 1858 als unabhängige Körperschaft gegründet und ist für die Registrierung und Zulassung von ÄrztInnen zuständig. Darüber hinaus entwickelt es die Standards für die Ausbildung der ÄrztInnen, seit 2010 auch für die postgraduale Ausbildung. Zudem ist das GMC seit dem Jahr 2012 für die Lizenzierung und (Re-) Validierung (*revalidation*) von allen ÄrztInnen verantwortlich. Dazu müssen diese vor einer Gruppe von FachkollegInnen unter Beweis stellen, dass ihr Fachwissen am neusten Stand ist und sie nach wie vor in der Lage sind zu praktizieren. (vgl. OECD, 2016)

Dazu müssen zu den folgenden Themen Informationen bereitgestellt werden (vgl. ebd.):



- Fortlaufende Weiterbildung (**CPD**, *continuing professional development*)
- Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung
- Wichtige Vorkommnisse
- Feedback von KollegInnen
- Feedback von PatientInnen
- Bericht über Beschwerden und positive Rückmeldungen

Diese Informationen werden bei einem jährlichen Bewertungsgespräch (*annual appraisal*), basierend auf einem Handbuch des GMC (*GMC's core guidance for doctors*), analysiert und diskutiert sowie ein CPD-Plan für das kommende Jahr beschlossen. Wenn ein Zyklus von fünf Bewertungsgesprächen (*annual appraisals*) innerhalb von fünf Jahren erfolgreich absolviert worden ist, wird die betreffende Person für weitere fünf Jahre als Arzt/ Ärztin zugelassen. (vgl. ebd.)

Um ein „*annual appraisal*“ erfolgreich zu absolvieren, müssen die Standards, welche im Rahmen der Richtlinie zur guten medizinischen Praxis (*Good Medical Practice 2013*) festgelegt wurden, erfüllt werden. Diese umfasst die Themengebiete (1) Wissen, Fähigkeiten und Leistungserbringung, (2) Sicherheit und Qualität, (3) Kommunikation und Zusammenarbeit und (4) Vertrauen. Darüber hinaus stellt das GMC noch eine Reihe von zusätzlichen Empfehlungen zur Verfügung, wie etwa zu den Themen „Palliativversorgung“ oder „Interessenskonflikte“. (vgl. GMC, 2017)

#### 4.5.4. Weitere QS-Systeme

##### Quality and Outcomes Framework (QOF)

Wie in vielen anderen Ländern bezieht sich auch in England der Großteil der Qualitätsindikatoren auf Dienstleistungen des intramuralen Bereichs. Das *Rahmenwerk für Qualität und Ergebnisse (QOF, Quality and Outcomes Framework)* befasst sich jedoch mit der Qualitätssicherung in der Primärversorgung. Dabei handelt es sich um ein freiwilliges Pay-for-Performance (P4P)- System, das das Ziel verfolgt, Anreize für eine Verbesserung der Primärversorgung zu setzen. Es wurde im Jahr 2004 im Rahmen eines neuen Vertrages, des „*General Medical Services*“ (GMS), implementiert - die über 100 Indikatoren in 22 Fachbereichen ändern sich jedoch jährlich. (vgl. OECD, 2016)

Die Hauptkomponenten des QOF betreffen klinische und organisatorische Standards, Erfahrungsberichte von PatientInnen und zusätzlich angebotene Leistungen (vgl. Cylus et al., 2015, S. 59). Für das Jahr 2015/16 wurden Leistungspunkte (*achievements points*) insbesondere für die folgenden Themengebiete verliehen (vgl. NHS Digital, 2017):

- Management der häufigsten chronischen Krankheiten, wie z.B. Asthma und Diabetes

- Management von gesellschaftlichen Problem, wie z.B. Rauchen oder Übergewicht
- Implementierung von Präventivmaßnahmen, wie z.B. regelmäßige Blutdruckmessungen

Die finanziellen Anreize des QOF sind teils erheblich: So kann ein Maximum von 1.000 Punkten erzielt werden, im Jahr 2012 wurden durchschnittlich 937 Punkte pro Praxis erzielt und es wurden durchschnittlich 130 £ (ca. 148€) pro Punkt gezahlt (vgl. Gillam, 2012).

### **Any Qualified Provider (AQP)**

Im Jahr 2012 wurde das System „*Any Qualified Provider*“ (AQP) etabliert, um den PatientInnen mehr Wahlfreiheit zwischen den Leistungserbringern zu bieten und den Wettbewerb zwischen ihnen weiter auszubauen und somit die Qualität zu steigern. In jeder Region gibt es eine AQP-Liste, auf diese sich die Leistungserbringer unter folgenden Bedingungen setzen lassen können: Sie müssen (1) bei der Care Quality Commission (CQC) registriert sein, (2) die Bedingungen des NHS-Standardvertrages erfüllen, (3) fähig sein, die zuvor definierten Leistungen zu erbringen und (4) die NHS-Preise akzeptieren, welche für alle AQP-AnbieterInnen gleich sind, damit die Entscheidungen der PatientInnen auf der Qualität der Leistungen und nicht auf deren Preisen basieren. Daneben müssen die CCGs aber dennoch auch Verträge mit unabhängigen Leistungserbringern abschließen, um den PatientInnen mehrere Alternativen bieten zu können. (Cylus et al. 2015, S. 53)

### **Feedback von PatientInnen**














PatientInnen haben in England sehr viele Möglichkeiten, insbesondere jedoch online, Feedback über Leistungserbringer zu äußern, beispielsweise auf den Webseiten *Care Connect*, *Patient Opinion*, *HealthTalkOnline*, *Patient Voices* und *iWantGreatCare*, aber auch auf Online-Rating-Portalen, zu denen auch die *NHS Choices* zählen (vgl. OECD, 2016).

*NHS Choices* ist die offizielle Website des NHS England, welche im Jahr 2007 eingeführt wurde und vom englischen Gesundheitsministerium (*Department of Health*) finanziert wird (vgl. NHS Choices, 2015). Dabei werden umfangreiche, evidenzbasierte Informationen über verschiedenste Gesundheitsthemen, wie z.B. Krankheiten und ihre Symptome, Risikofaktoren, etc., aber auch Informationen über LeistungserbringerInnen, beispielsweise über AllgemeinmedizinerInnen (GPs), Spitäler, Pflegeheime, Apotheken etc., bereitgestellt (vgl. ebd.). Diese werden durch ein akkreditiertes Qualitätsmanagementsystem, repräsentative PatientInnenbefragungen und Administrativdaten erhoben, Hauptquellen dabei sind die Care Quality Commission (CQC) sowie NHS Digital, die Datenbank des NHS (vgl. Czipionka et al., 2014; NHS Choices, 2015).

Auf der Website von NHS Choices werden über Arztpraxen von AllgemeinmedizinerInnen (GPs) folgende Informationen bereitgestellt (siehe Abbildung 6):

- BenutzerInnenbeurteilung
- Anzahl der registrierten PatientInnen
- Empfehlung der Arztpraxis
- Elektronischer Rezeptdienst
- Aufnahme neuer PatientInnen
- Möglichkeit der Online-Buchung eines Termins
- Online-Bestellung und wiederholte Ansicht der Rezepte

**Abbildung 6: Beispielhafte Bewertung einer Arztpraxis anhand der NHS Choices**

NHS Choices users rating	Registered patients	Would recommend the surgery	Electronic prescription service	Accepting patients	Online appointment booking	Order or view repeat prescriptions online
						
<input type="checkbox"/> Add to shortlist						
 35 ratings <b>Rate it yourself</b>	3510 patients	 80.2% - In the middle range		 Currently accepting new patients	 38.38% of patients are signed up to this service	 38.80% of patients are signed up to this service

Quelle: NHS Choices, 2017

#### 4.6. Exkurs: Neuseeland

An dieser Stelle sei, zusätzlich zu den europäischen Länderbeispielen, noch das System der ärztlichen Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich in Neuseeland erwähnt, da dieses aufgrund seiner Methodik und seiner Eigenschaften eine spezielle Position einnimmt. Zudem ist es vor allem für das österreichische System der Qualitätssicherung von Relevanz, da diese in Neuseeland von der Interessensvertretung der ÄrztInnen, die jedoch ein staatliches Kontrollorgan darstellt, durchgeführt wird, wodurch man für die österreichische Vorgehensweise direkte Maßnahmen ableiten könnte.

In Neuseeland basiert die ärztliche Qualitätssicherung auf dem 2003 erlassenen **Gesetz zur Kompetenzsicherung der Gesundheitsfachkräfte** (*Health Practitioners Competence Assurance Act 2003, HPCAA*). Dieses sieht in Abschnitt 41 eine regelmäßige Überprüfung der Qualifikationen der Gesundheitsfachkräfte durch die jeweilige Behörde bzw. das jeweilige Kontrollorgan<sup>25</sup> vor, um sicherzustellen, dass die ÄrztInnen (und andere Gesundheitsfachkräfte) nur in jenen Bereichen praktizieren, in denen sie befähigt sind, dies zu tun. Somit verfolgt das HPCAA das Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen, indem Mechanismen bereitgestellt werden, die sicherstellen, dass Gesundheitsfachkräfte kompetent und geeignet genug sind, um Medizin zu praktizieren. Einer dieser Mechanismen ist die Anforderung, dass alle praktizierenden ÄrztInnen dazu verpflichtet sind, an **Maßnahmen der kontinuierlichen beruflichen Entwicklung** (*CPD; Continuing Professional Development*) teilnehmen, um auf Grundlage dessen jedes Jahr re-zertifiziert werden zu können. Die CPD-Maßnahmen decken die Domänen „medizinische Versorgung“, „Kommunikation“, „Zusammenarbeit und Management“, „Forschung“ sowie „fachliche Qualifikation“ ab. (vgl. HPCAA, 2017 & Medical Council of New Zealand, 2016)

Im ärztlichen Bereich übernimmt diese Aufgabe die **neuseeländische Ärztevereinigung**<sup>26</sup> (*Medical Council of New Zealand; das „Council“*), die darüber hinaus auch für die Zulassung von ÄrztInnen sowie für die jährliche Re-Zertifizierung der ÄrztInnen anhand eines Zertifikates (*practising certificate*) zuständig ist. Somit müssen alle in Neuseeland praktizierenden ÄrztInnen den Anforderungen der Re-Zertifizierungsprogramme, welche für den Bereich, in dem sie praktizieren, vorgesehen sind, befolgen und diesen genügen. Zusätzlich wird die Teilnahme an diesen Programmen durch das Council kontrolliert. Je nach Ausbildungsstand und Fachgebiet gibt es unterschiedliche Re-Zertifizierungsprogramme, denen allen gemein ist, dass sie durch CPD und andere Aktivitäten die Qualifikationen und die Leistungserbringung der ÄrztInnen aufrechterhalten sowie verbessern sollen. Im Zuge

<sup>25</sup> Im HPCAA werden 16 Kontrollorgane des Gesundheitswesens angeführt, zu denen neben der Interessensvertretung der ÄrztInnen auch beispielsweise jene der ApothekerInnen oder der ZahnärztInnen zählen (vgl. Medical Council of New Zealand, 2011a).

<sup>26</sup> Die neuseeländische Ärztevereinigung besteht aus einem Gremium aus zwölf Mitgliedern, die vom Gesundheitsministerium berufen werden und von denen die Mehrheit ÄrztInnen sein müssen, weswegen sich acht ÄrztInnen sowie vier Laien, d.h. Angehörige Nichtgesundheitsberufe, in diesem Gremium befinden (vgl. Medical Council of New Zealand, 2011b).

dessen gibt es gewisse Mindestanforderungen, die jedes CPD-Programm enthalten muss und somit von den ÄrztInnen zu erfüllen sind (siehe Tabelle 11), sowie ein Minimum an 50 Stunden pro Jahr, die in Tätigkeiten der kontinuierlichen beruflichen Entwicklung investiert werden müssen.

**Tabelle 11: CPD-Mindestanforderungen Neuseeland**

Anforderung	Beispiele
<b>Qualitätskontrolle der ärztlichen Tätigkeit</b> <i>mindestens eine pro Jahr</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Externe Überprüfung der Prozesse</li> <li>- Vergleich der Abläufe und Ergebnisse mit ÄrztInnen aus demselben Bereich (Benchmarking)</li> <li>- Qualitätssicherungsmaßnahmen</li> <li>- Analyse von PatientInnen-Ergebnissen</li> <li>- PatientInnenbefragungen</li> </ul>
<b>Peer-Review (KollegInnen-Beguachtung)</b> <i>Mindestens 10 Stunden/Jahr</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gemeinsame Begutachtung von Fällen</li> <li>- Überprüfung der Patientenakten</li> <li>- Ordinationsbesuche</li> </ul>
<b>Kontinuierliche medizinische Fortbildung (CME)</b> <i>Mindestens 20 Stunden/Jahr</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konferenzen, Kurse, Workshops</li> <li>- Selbststudium sowie Lerntagebücher</li> <li>- Literaturstudium</li> </ul>

Quelle: Medical Council of New Zealand (2016), eigene Darstellung

Zudem gibt es noch eine Reihe weiterer Maßnahmen, die in den CPD-Programmen enthalten sein können, wie etwa ein praxisinternes Managementsystem, eine regelmäßige Praxisevaluierung oder auch Lehr- und MentorInnentätigkeiten. Um zu überprüfen, ob die ÄrztInnen die CPD-Vorgaben einhalten, werden jährlich bei 15 Prozent aller ÄrztInnen im Zuge der Re-Zertifizierung die Programmteilnahme anhand von Zertifikaten und Teilnahmebestätigungen kontrolliert. Bei Erfüllung der Vorgaben wird das Zertifikat für das Folgejahr ausgestellt, bei Nicht-Erfüllung hingegen können entweder eine Einschränkung des Tätigkeitsbereichs oder eine Entziehung der Zulassungsberechtigung die Folge sein. (vgl. Medical Council of New Zealand, 2016)

Eine weitere Besonderheit des neuseeländischen Qualitätssicherungssystem ist das CPD-Programm „*inpractice*“, welches vom Council angeboten wird und von allen AllgemeinmedizinerInnen in Anspruch genommen werden muss. Das *inpractice*-Programm enthält, zusätzlich zu den CPD-Mindestanforderungen, (1) einen jährlichen Zeitplan, der die Maßnahmen der beruflichen Weiterentwicklung beschreibt, (2) die verpflichtende Teilnahme an einem Grundlagen-Quiz, (3) eine regelmäßige Praxisevaluierung, (4) eine Bewertung von

sowohl KollegInnen als auch PatientInnen, sowie (6) ein kollegiales Austauschverhältnis mit einem Arzt/ einer Ärztin in Ausbildung<sup>27</sup>. (vgl. *inpractice*, 2017)

Darüber hinaus besteht auch in Neuseeland für Arztpraxen die Möglichkeit, sich zertifizieren zu lassen, beispielsweise durch das „*Aiming for Excellence*“-**Zertifikat**, welches durch das Durchlaufen eines Verfahrens bestehend aus Selbst- und Fremd-Assesement erlangt werden kann. Dabei müssen 40 Qualitätsindikatoren, die sich wiederum aus mehreren Kriterien zusammensetzen, in den Bereichen „PatientInnenfairness und – erfahrungen“, „Praxisausstattung und Sicherheit“, „Klinische Effektivität“ sowie „Berufliche Weiterentwicklung“ erfüllt sowie nachgewiesen werden. Zudem gibt es auch das „*Foundation-Standard*“-Zertifikat, welches alle gesetzlich, beruflich und behördlich verpflichtenden Anforderungen abdeckt und über einen Zeitraum von drei Jahren ein Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementsystem in der Arztpraxis einführt. (vgl. RNZCGP, 2017)

Abschließend sei an dieser Stelle des Exkurses angemerkt, dass die Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich sehr wohl auch von der Interessensvertretung durchgeführt werden kann, dabei aber immer das Wohl der PatientInnen und nicht die Durchsetzung von eigenen Interessen im Vordergrund stehen sollte. Aus diesem Grund stellt das Council in Neuseeland auch explizit klar, dass es von sowohl der Regierung als dem Hauptanbieter von Gesundheitsleistungen als auch von Einzelgruppeninteressen unabhängig ist und nicht die ÄrztInnen, sondern die Öffentlichkeit schützen möchte (vgl. Medical Council of New Zealand, 2011b). Für das österreichische System wird impliziert, dass sich die Aufgaben und Kompetenzbereiche der Ärztekammer, die Standes- und Interessensvertretung zugleich ist, an jenen des neuseeländischen Council orientieren könnten, wodurch eine Steigerung in der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich erzielt werden könnte.

---

<sup>27</sup> Nähere Informationen zu dem *inpractice*-Programm lassen sich im Handbuch des Programmes finden, welches unter <https://www.inpractice.org.nz/guide/lpGuide.aspx> abrufbar ist.

## 5. Positionierung Österreichs

Die österreichische Praxis der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich nimmt bezüglich ihrer **institutionellen Verankerung** im europäischen Vergleich eine Extremposition im Spektrum ein: Obwohl laut Gesetzestext, also von staatlicher Seite, der Qualitätsarbeit ein hoher Stellenwert zugemessen wird und die Qualität in Arztpraxen sichergestellt, Struktur- und Prozessqualitätskriterien etabliert sowie eine bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung implementiert werden sollen, ist die Durchführung der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich institutionell vorwiegend im Kompetenzbereich der Standesvertretung verankert. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich im Prozess der Etablierung eines Qualitätssicherungssystems für den niedergelassenen Bereich die ÖÄK gegen externe Audits gestellt hat, wodurch die Aufgabe der QS als Konsequenz in deren Verantwortung übergegangen ist (vgl. Schmidt et al., 2012). In Deutschland, Frankreich, den Niederlanden und England ist die Durchführung von Qualitätssicherung im weiteren Sinne in bis zu vier verschiedenen, von der Standesvertretung mehr oder weniger unabhängigen, Organisationen institutionell verankert. ÄrztInnen bilden darin einen wichtigen, aber nicht den einzig maßgeblichen Teil. Dadurch werden Zielkonflikte vermieden, die in Österreich zum Tragen kommen. Die Ärztekammer hierzulande ist die alleinige Berufs- und Interessensvertretung, lässt ÄrztInnen zum Beruf zu, hat wesentliche Kompetenzen in der Ausgestaltung der Anforderungen hierzu, setzt gleichzeitig die Standards für die Qualitätssicherung und kontrolliert diese.

Auch die **Umsetzung der gesetzlichen Regelungen** bezüglich Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich finden in Österreich nur zögerlich statt, sodass es immer noch an einem System der einheitlichen Diagnose- und Leistungsdokumentation im niedergelassenen Bereich, das für die Ergebnisqualitätsmessung unabdingbar ist, an einheitlichen, bundesweiten, sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Qualitätsindikatoren sowie expliziten Konsequenzen bei Nicht-Einhalten der bereits vorhandenen Qualitätsstandards fehlt.<sup>28</sup> Auch hier wäre eine Orientierung an europäischen Vorbildern von Vorteil, vor allem in den Bereichen der Erfassung und Kontrolle von Qualitätsindikatoren sowie den Konsequenzen bei deren Nicht-Einhaltung, der Offenlegung von qualitätsbezogenen Informationen sowie der Herstellung einer höheren Verbindlichkeit von qualitätsbezogenen Maßnahmen und Instrumenten.

Auch im Hinblick auf die **Methodik und Abwicklung** des in Österreich bestehenden Qualitätssicherungsverfahrens, welches bereits in Kapitel 4.1 beschrieben wurde, sehen wir Nachbesserungsbedarf. Hauptkritikpunkte sind die dichotome Art der Fragestellung und Antwortmöglichkeiten, die Formulierung der Qualitätsstandards in Frageform, das Überwiegen des Selbstassessments, das Schwergewicht auf Strukturqualität, die fehlende

---

<sup>28</sup> Hierbei sei jedoch angemerkt, dass im vertragsärztlichen Bereich die Einhaltung der essentiellen Qualitätsstandards laut QGG als Voraussetzung für die Erbringung und Verrechnbarkeit der Leistungen gilt.

QM bzw. CQI Komponente sowie das Fehlen des Einbezugs von PatientInnenperspektive und der Einschau in konkrete Krankengeschichten. Als besonders geeignet, und in Österreich umsetzbar, erscheinen in diesem Zusammenhang das deutsche System des verpflichtenden Qualitätsmanagements in Arztpraxen, der französische Ansatz der kontinuierlichen fachlichen Weiterentwicklung sowie der englische Zugang zu einer hohen Transparenz und qualitativ hochwertigen Leistungserbringung. Zusätzlich benötigt der einzelne Arzt/ die einzelne Ärztin in seiner/ ihrer Qualitätsarbeit Unterstützung und das bloße Erfassen von Mängeln kann nur ein erster Schritt sein, da das Leisten kontinuierlicher Qualitätsarbeit als essentieller Bestandteil im Mittelpunkt eines jeden QS-Systems steht. Auch hier lohnt es sich wiederum einen Blick jenseits der Grenzen zu werfen, wo diese Einbettung bereits Gang und Gäbe ist.

Abgesehen davon gibt es jedoch auch in Österreich noch weitere, teilweise institutionelle und teilweise freiwillige, regionale **Ansätze und Initiativen**, die das Ziel der Qualitätssicherung verfolgen. Allen voran seien hier die Qualitätsbemühungen der Ärztekammer für Oberösterreich und des ihr angeschlossenen *Ärztlichen Qualitätszentrums* sowie die *Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI)* zu erwähnen. Während sich das Ärztliche Qualitätszentrum (siehe auch 3.1) als Dienstleistungseinrichtung zur Unterstützung von QM- und QS-Aktivitäten der oberösterreichischen Kammermitglieder versteht und als solches auch eine Vorbildwirkung auf die ärztlichen Kammermitglieder auszuüben versucht, sind die A-IQI ein bundesweit einheitliches Instrument zur Ergebnisqualitätsmessung im Spitalsbereich (vgl. Schaffler, 2010 ; Ärztliches Qualitätszentrum, 2017a ; Fuchs, 2015). Diese A-IQI-Systematik soll für ein vergleichbares Qualitätssicherungssystem im niedergelassenen Bereich genutzt werden, weswegen die Ausarbeitung der *Austrian Outpatient Quality Indicators (A-OQI)* vorangetrieben wird (vgl. Fuchs, 2015). Aufgrund der fehlenden rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen, die beispielsweise das verpflichtende Dokumentieren von Daten betreffen, ist die Implementierung eines solchen QS-Systems für den niedergelassenen Bereich jedoch ungleich schwieriger als für den stationären Bereich, allerdings wurde in den letzten Jahren für die Diabetikerversorgung ein Pilotprojekt im Sinne der A-OQI gestartet (vgl. ebd. & Ärztliches Qualitätszentrum, 2017b). Weitere Projekte, die sich mit der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich befassen bzw. versuchen, Qualität sicherzustellen, sind das Disease Management Programm „*Therapie Aktiv – Diabetes im Griff*“ der österreichischen Sozialversicherung, das Fehlermelde- und Lernsystem *CIRSmedical* der ÖÄK/ÖQMed sowie laufend, von verschiedenen Stakeholdern<sup>29</sup>, durchgeführte *PatientInnenbefragungen*. Zudem gibt es auch ein speziell auf ärztliche Ordinationen zugeschnittenes Gütezeichen der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualität (ÖQA), das *Austria Gütezeichen für Arztpraxen*, für dessen Erlangung 50 Qualitätskriterien erfüllt werden müssen, die von

<sup>29</sup> In den letzten Jahren wurden PatientInnenbefragungen u.a. von dem Bundesministerium für Gesundheit, den Krankenversicherungsträgern und der Österreichischen Ärztekammer durchgeführt. Mit den Vereinbarungen gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sind jedoch zukünftig regelmäßige, bundesweit einheitliche PatientInnenbefragungen vorgesehen.



gesetzlichen Berufsverpflichtungen bis zur kontinuierlichen Weiterbildung und Qualitätsarbeit reichen und durch externe Begutachtung überprüft werden (vgl. Cypionka et al., 2011 & Quality Austria, 2017b).

Auch im Bereich der **Continuing Medical Education** nimmt Österreich im Vergleich mit den untersuchten europäischen Ländern eine Extremposition ein, da zwar gesetzlich eine Verpflichtung zur kontinuierlichen, den medizinischen Leitlinien entsprechenden Fortbildung besteht, diese jedoch keine Voraussetzung für eine strukturierte Rezertifizierung der ÄrztInnen ist. Hinzu kommt hierbei außerdem, dass es laut Gesetzestext keine expliziten Konsequenzen bei Nicht-Einhaltung der Fortbildungspflicht gibt. Kritisch angemerkt sei hier außerdem, dass manche Fortbildungsaktivitäten, nämlich das E-Learning inkl. Literaturstudium, so lose in der Verordnung über ärztliche Fortbildung gefasst sind, dass sie theoretisch auch von jemand anderem im Namen des/ der Arztes/ Ärztin durchgeführt werden könnten, da die physische Anwesenheit des Arztes/ der Ärztin dabei nicht überprüft wird. In Deutschland, Frankreich, den Niederlanden und England hingegen ist die kontinuierliche medizinische Weiterbildung ein essentieller Bestand für die Wiedermalzulassung als Arzt/ Ärztin, bzw. werden Verstöße gegen die Anforderungen mit Sanktionen, die bis hin zum Entzug der Zulassung reichen, geahndet.

In Tabelle 12 (siehe unten) sind abschließend die wichtigsten Elemente der Qualitätssicherungsverfahren der untersuchten Länder dargestellt, wobei der Unterschied zwischen den unterschiedlichen Verfahren recht schnell deutlich wird.

Für das österreichische System empfiehlt es sich daher, von europäischen Vorbildern zu lernen und allen voran die Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich institutionell neu zu ordnen. Zudem scheint eine Revision des momentanen Evaluierungsverfahrens als unausweichlich, da es nicht nur fundamentale methodische Schwächen aufweist, sondern auch nicht dem aktuellen wissenschaftlichen Stand entspricht. Hierbei wäre die Einführung eines unabhängigen Fremd-Assessments und die Verbindung mit QM-Aktivitäten von großem Vorteil. Größeres Augenmerk sollte zudem auf die Weiterführung und Intensivierung von bereits bestehenden Qualitätsbemühungen gelegt werden, da diese nicht nur einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung in Österreich leisten, sondern auch von der Bereitschaft der ÄrztInnen sprechen, Qualitätsarbeit zu implementieren. In diesem Zusammenhang ist auch denkbar, dass europaweite Systeme, wie etwa EPA, zukünftig gesetzlich in Österreich anzuwenden sind, ähnlich wie in Deutschland die Pflicht zu QM besteht. Auch im Bereich der Continuing Medical Education, die einen großen Beitrag zu einer qualitätsgesicherten Behandlung leistet, besteht Aufholbedarf insofern, als dass ihre Erfüllung als Voraussetzung für eine Rezertifizierung von ÄrztInnen gelten und dabei strukturierter am Bedarf der PatientInnenversorgung ausgerichtet sein sollte.

Tabelle 12: Elemente der nationalen Qualitätssicherungssysteme

	Österreich	Deutschland	Frankreich	Niederlande	England
<b>Institutionelle/ Gesetzliche Verankerung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitätssicherung: ja – verpflichtende Evaluierung durch Fragebogen</li> <li>- Durchführung der QS: ja, aber im Kompetenzbereich der Landesvertretung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- QS: ja - Einrichtung eines QM-Systems, verpflichtende Qualitätsprüfungen im Einzelfall</li> <li>- Durchführung der QS: ja, durch KV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- QS: ja – verpflichtende Teilnahme am Programm Développement Professionnel Continu (DPC)</li> <li>- Durchführung der QS: ja, durch HAS und ADPC (Aufsicht)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- QS: ja – verpflichtende Registrierung aller ÄrztInnen, die nur durch Erbringung von gewissen qualitätsbezogenen Leistungen möglich ist sowie Nachweis einer qualitativ hochwertigen Leistungserbringung durch Indikatoren</li> <li>- Durchführung der QS: ja, durch Organisationen des Gesundheitsministeriums</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- QS: ja – verpflichtende Registrierung aller Leistungserbringer und (Re-) Zertifizierung aller ÄrztInnen</li> <li>- Durchführung der QS: ja, durch CQC und GMC</li> </ul>
<b>Durchführende Organisationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ÖQMed bzw. medQ</li> <li>- Zusätzliche, freiwillige Zertifizierungen durch EPA, EFQM, ISO, CAF, KTQ, ÖQA etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- KBV – „QEP“</li> <li>- KTQ-GmbH – „KTQ“</li> <li>- KV (z.B. Westfalen-Lippe, Nordrhein)</li> <li>- AQUA-Institut</li> <li>- Private Anbieter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HAS</li> <li>- ADPC (Aufsicht)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CIBG als Teilorganisation des Gesundheitsministeriums</li> <li>- IGZ (Aufsicht)</li> <li>- Zusätzliche freiwillige Zertifizierungen durch Ärztekammer, private Unternehmen, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CQC</li> <li>- GMC (ÄrztInnen)</li> <li>- NHS</li> </ul>
<b>Aufbau QS-/QM-Modell</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selbstassessment-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einrichtung eines QM-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 Möglichkeiten:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfüllung von</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leistungserbringer</li> </ul>

	Fragebogen zu 20 Qualitätskriterien	Systems, das QM- und QS-Richtlinien berücksichtigt	vorgegebener Plan des Verbundes der jeweiligen Berufsgruppe (CNP) oder man wählt Maßnahmen aus	Qualitätsindikatoren und Kontrolle deren Einhaltung	werden von der CQC lizenziert, regelmäßig bewertet und überprüft
	- Überprüfung durch + etwaige Mangelbehebung aufgrund von Vor-Ort-Besuchen	- Qualitätsziele, die erfüllt werden müssen, werden meistens anhand eines Katalogs in Praxis implementiert	zumindest zwei der drei folgenden Gebiete: Evaluierung und Verbesserung von Praxen, Risikomanagementmaßnahmen, Ausbildungsmaßnahmen	- Eintragung in BIG-Register, die für eine Zulassung notwendig ist und die mit bestimmten qualitätsbezogenen Anforderungen verbunden ist	- Werden die Mindeststandards nicht erfüllt, werden Sanktionen gesetzt
			- auf freiwilliger Basis: P4P-System „Vertrag zur Verbesserung von Einzelpraxen“ (CAPI/ROSP)	- Werden gesetzliche Vorgaben nicht eingehalten, werden Sanktionen gesetzt	- Alle 5 Jahre muss von ÄrztInnen ein „annual appraisal“ durch das GMC bestanden werden, um weiter praktizieren zu dürfen
				- Freiwillige Zertifizierungen, die auf Selbst- und Fremdasessments basieren	
<b>Beurteilungsverfahren</b>	- Selbstassessment - Stichprobenartige externe Audits (nicht unabhängig)	- Stichprobenartiges Prüfverfahren durch KV - Überprüfung der PatientInnen-Dokumentation ob RL erfüllt werden	- Variiert je nach gewählter Maßnahmen - Bsp.: externe Audits, Selbstevaluierung, Kompetenzbericht,	- Kontrolle der Einhaltung der Vorgaben durch IGZ - Veröffentlichung der Ergebnisse (einschließlich der sanktionierten ÄrztInnen)	- Als Hauptquellen für die Inspektionen der CQC dienen Audits, Interviews, PatientInnen-bewertungen und

				Analyse von klinischen Daten und PatientInnenakten		interne Aufzeichnungen - Für die (Re-) Zertifizierung durch das GMC (annual appraisal) müssen bei einem Bewertungs- gespräch zuvor festgelegte Standards erfüllt werden
<b>Bedeutung von CME</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gesetzlich verpflichtend</li> <li>- Keine Voraussetzung für strukturierte Re-Zertifizierung &amp; keine (klaren) Konsequenzen bei Nicht-Einhalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gesetzlich verpflichtend</li> <li>- Fortbildungsnachweis, ansonsten Honorarreduktion und als letzte Maßnahme Zulassungsentzug</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- im Rahmen der DPC liegt ein großer Fokus auf CME (der DPC-Verpflichtung kann durch Ausbildungsmaßnahme n nachgegangen werden)</li> <li>- Form und Ausmaß variiert je nach gewählten Maßnahmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Im Rahmen der Erneuerung der Zulassung zum BIG-Register können Ausbildungsmaßnahmen durchgeführt werden</li> <li>- Ärztekammer und ihre Unterorganisationen (z.B. NHG) geben zusätzliche Weiterbildungsanforderungen vor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Im Rahmen der „annual appraisals“ wird ein starker Fokus auf Weiterbildungen gelegt</li> <li>- CME/ CPD als Voraussetzung für Erneuerung der Zulassung</li> </ul>	

## 6. Literaturverzeichnis

*ADPC – Agence nationale du Développement Professionnel Continu* (2017): Continuing Professional Development (CPD) in healthcare in France. <https://www.agencedpc.fr/en/continuing-professional-development-cpd-france>, abgerufen am 25.09.2017

*AOK – Die Gesundheitskasse* (2017a): QiSA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, [http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/qisa/ueber\\_qisa/index.html](http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/qisa/ueber_qisa/index.html), abgerufen am 19.09.2017

*AOK – Die Gesundheitskasse* (2017b): Vigo Praxisservice. QM-Systeme: qu.no – Qualitätsmanagement der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, [http://www.aok-gesundheitspartner.de/rh/vigo\\_praxis/fit\\_im\\_job/qualitaetsmanagement/systeme/index\\_07355.html](http://www.aok-gesundheitspartner.de/rh/vigo_praxis/fit_im_job/qualitaetsmanagement/systeme/index_07355.html), abgerufen am 19.09.2017

*Ärztliches Qualitätszentrum* (2017a): <http://www.aerztliches-qualitaetszentrum.at/>, abgerufen am 14.09.2017

*Ärztliches Qualitätszentrum* (2017b): AOQI: Ergebnisqualitätsmessung - [http://www.aerztliches-qualitaetszentrum.at/?S=Projekte\\_A-OQI](http://www.aerztliches-qualitaetszentrum.at/?S=Projekte_A-OQI), abgerufen am 14.09.2017

*Ärztliches Qualitätszentrum/ Institut für Gesundheitsmanagement* (2009): EPA – Qualitätsmanagement in der Arztpraxis, Linz

*BÄK – Bundesärztekammer* (2016): Ärzttestatistik zum 31. Dezember 2016, abzurufen unter <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzttestatistik/aerzttestatistik-2016/> (Stand: 19.09.2017)

*BIQG – Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen* (2017): <https://goeg.at/BIQG>, abgerufen am 28.08.2017

*BMG - Bundesministerium für Gesundheit* (2010): Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen, verfasst von dem Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) und der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitskommission, Wien

*BMG – Bundesministerium für Gesundheit* (2012): Operative Ziele zur Umsetzung der „Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen“, verfasst von dem

Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) und der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitskommission, Wien

*BMG – Bundesministerium für Gesundheit* (2014): Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages. Qualitätsarbeit im stationären und ambulanten/ niedergelassenen Bereich, verfasst von dem Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) und der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundes-Zielsteuerungskommission, Wien

*BMG- Bundesministerium für Gesundheit* (2013): Dokumentation im ambulanten Bereich – Glossar, S. 6, Wien

*BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen* (2017): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundeszielsteuerungskommission vom 30.Juni 2017, verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien

*Buijsen M.* (2006). Kwaliteitsregulering in de gezondheidszorg [Quality regulation within health care], In: Hermans H., Buijsen M., eds. Recht en gezondheidszorg, Maarssen, Elsevier Gezondheidszorg, S. 107-130

*Bundesärztekammer* (2015a): (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä 1997) in der Fassung des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main, abrufbar unter [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO\\_02.07.2015.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO_02.07.2015.pdf), Fassung vom 14.09.2017

*Bundesärztekammer* (2015b): (Muster-) Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 23.10.2015, abrufbar unter [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO.pdf), Fassung vom 18.09.2017

*Bundesausschuss der Österreichischen Zahnärztekammer* (2015): Das Fortbildungsprogramm der Österreichischen Zahnärztekammer (ZPF-ÖZÄK) – Richtlinien zur Fortbildung der Zahnärzte, Fassung vom 05.09.2017

*Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufs und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998)*: BGBl. I Nr. 169/1998, letzte Änderung BGBl. I Nr. 26/2017, Fassung vom 04.08.2017

*Bundesgesetz über die Ausübung des zahnärztlichen Berufs und des Dentistenberufs (Zahnärztegesetz – ZÄG):* BGBl. I Nr. 126/2005, letzte Änderung BGBl. I Nr. 8/2016, Fassung vom 07.09.2017

*Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG):* BGBl. I Nr. 179/2004, letzte Änderung BGBl. I Nr. 81/2013, Fassung vom 18.07.2017

*Bundesgesetzblatt der Republik Österreich (2017a):* Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 98/2017, Fassung vom 20.07.2017

*Bundesgesetzblatt der Republik Österreich (2017b):* Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit, BGBl. I Nr. 97/2017, Fassung vom 20.07.2017

*Bundeskanzleramt (2017):* Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017 (VUG 2017), BGBl. I Nr. 26/2017, Fassung vom 05.09.2017

*Bundes-Zielsteuerungskommission (2013):* Bundeszielsteuerungsvertrag – Zielsteuerung Gesundheit 2013-2016, Fassung vom 05.09.2017

*Bundes-Zielsteuerungskommission (2017):* Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene, Fassung vom 05.09.2017

*Chevreur K., Berg Brigham K., Durand-Zaleski I., Hernández.Quevedo C (2015):* France. Health system review. Health System in Transition. Vol. 17 No. 3

*CIBG – Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2017):* BIG-Register - <https://www.bigregister.nl/>, abgerufen am 26.06.2017

*Clewing & Partner (2017):* Qualitätsmanagement - <http://www.clewing-partner.de/>, abgerufen am 19.09.2017

*CQC – Care Quality Commission (2017):* Homepage der Care Quality Commission - <http://www.cqc.org.uk/>, abgerufen am 28.09.2017

*Cylus J., Richardson E., Findley L., Lognley M., O'Neill C. & Steel D. (2015):* United Kingdom: Health system review. Health Systems in Transition. Vol. 17 No. 5, Kopenhagen

- Czypionka T., Gottwald R. & Kalmar M.* (2011): Qualität im niedergelassenen Bereich – ein Update, Health System Watch - Sommer 2011. Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit erstellt durch das Institut für Höhere Studien (IHS HealthEcon), Wien
- Czypionka T., Riedel M. & Röhring G.* (2006a): Europa in Bewegung – Qualität im niedergelassenen Bereich, Health System Watch - Frühjahr 2006. Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit erstellt durch das Institut für Höhere Studien (IHS HealthEcon), Wien
- Czypionka T., Riedel M. & Röhring G.* (2006b): Qualitätssicherung in Praxen: Eine europäische Perspektive, Health System Watch - Sommer 2006. Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit erstellt durch das Institut für Höhere Studien (IHS HealthEcon), Wien
- Czypionka T., Sigl C., Berger M., Kronemann F, Reiss M* (2014): Qualitätsmanagement im ambulanten Bereich – Teil 2. Health System Watch. Ausgabe I-B. Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit erstellt durch das Institut für Höhere Studien (IHS HealthEcon), Wien
- Donabedian A.* (1980): The definition of quality and approaches to its assessment, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan
- Durand-Zaleski I.* (2012): Financial incentives in France: from CAPI to public health targets. Präsentation im Rahmen des European Health Forum Gastein. <http://www.ehfg.org/intranet/app/webroot/uploads/presentations/files/uploads/3f679f521d60c2d902912d9404b0d3.pdf>, abgerufen am 22.09.2017
- Eberl S., Landgraf R* (2008): Qualitätsmanagement In Der Diabetologie 8, 4: 657-670, Springer Medizin Verlag, München
- EFQM - European Foundation for Quality Management* (2017): <http://www.efqm.org/>, abgerufen am 24.08.2017
- EFQM – Kriterienmodell* (2012): <http://www.efqm.de/kriterienmodell.html>, abgerufen am 25.08.2017
- EIPA – European Institute for Public Administration* (2017): CAF – Common Assessment Framework, <http://www.eipa.eu/en/topic/show/&tid=191>, abgerufen am 24.08.2017
- Elovainio R.* (2010) Performance incentives for health in high-income countries: key issues and lessons learned. World Health Report, Background Paper 32



*Europäisches Praxisassessment* (2017): epa – Qualitätsmanagement in der Arztpraxis, <http://www.europaeisches-praxisassessment.at/hintergrund/anbieter-entwicklung/index.html>, abgerufen am 18.08.2017

*Fuchs F.* (2015): Ergebnisqualitätsmessung im Gesundheitswesen, Soziale Sicherheit 9: 364-367, Wien

*G-BA - Gemeinsamer Bundesausschuss* (2006): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V („Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“), abrufbar unter [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-16/RL\\_Qualitaetspruefung\\_2006-04-18.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-16/RL_Qualitaetspruefung_2006-04-18.pdf) (Stand: 18.09.2017)

*G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss* (2015): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser („Qualitätsmanagement-Richtlinie/ QM-RL“), abrufbar unter [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1296/QM-RL\\_2015-12-17\\_iK-2016-11-16.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1296/QM-RL_2015-12-17_iK-2016-11-16.pdf) (Stand: 15.09.2017)

*G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss* (2017): Einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung (einschließlich Unterpunkte), <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/einrichtungsuuebergreifend/>, abgerufen am 15.09.2017

*Gillam S.J., Siriwardena A. N., & Steel N.* (2012): Pay-for-Performance in the United Kingdom: Impact of the Quality and Outcomes Framework- A Systematic Review. *Annals of Family Medicine*. Vol. 10 (5), Cambridge

*GMC – General Medical Council* (2017): Homepage des General Medical Council - <http://www.gmc-uk.org/index.asp>, abgerufen am 28.09.2017

*Götz K., Szecsenyi J., Broge B. & Willms S.* (2011): Welche Wirkung hat Qualitätsmanagement in Arztpraxen? – Ergebnisse aus Entwicklung und Evaluation des Europäischen Praxisassessment (EPA), AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen

*Government of the Netherlands* (2017): Quality requirements for care providers - <https://www.government.nl/topics/quality-of-healthcare/quality-requirements-for-care-providers>, abgerufen am 28.09.2017

Grol R. (2006): Quality development in health care in the Netherlands, The Commonwealth Fund pub. No. 910

HAS (2012): Activity Report 2012. Executive summary

HAS (2015): Activity Report 2015. Executive summary

HAS (2017): Développement professionnel continu (DPC). [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1288556/fr/developpement-professionnel-continu-dpc](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288556/fr/developpement-professionnel-continu-dpc), abgerufen am 29.08.2017.

Healthwatch (2017): Our vision, mission and values - <http://www.healthwatch.co.uk/our-values-and-behaviours>, abgerufen am 28.09.2017

Helou A., Schwartz F.W. & Ollenschläger G. (2002): Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in Deutschland. Übersicht auf der Grundlage des Gutachtens „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ des Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 45: 205-214, Springer-Verlag, Wien

Hillenbrand H., Schmidbauer H., Standl E. & Piwernetz K. (1995): Qualität und Qualitätsmessung In Hillenbrand H., Schmidbauer H. & Willms B. (Hrsg): Qualitätsmanagement in der Diabetologie, Kirchheim, Mainz

HKZ - Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (2017): <http://www.hkz.nl/>, abgerufen am 28.09.2017

HPCAA – Parliamentary Counsel Office/ New Zealand Legislation (2017): Health Practitioners Competence Assurance Act, No 48/2003, reprint 2017, Fassung vom 03.10.2017

IGZ – Inspectie voor de Gezondheidszorg (2017): <https://www.igz.nl/>, abgerufen am 26.09.2017

Inpractice (2017): Inpractice guide – <https://www.inpractice.org.nz/guide/lpGuide.aspx>, abgerufen am 03.10.2017

International Organization for Standardization (2015): ISO 9000:2015. Quality management systems — Fundamentals and Vocabulary, Genf

*International Organization for Standardization* (2017): <https://www.iso.org/home.html>, abgerufen am 23.08.2017

*IQ Healthcare* (2017): IQ Scientific Center for Quality of Healthcare - <http://www.iqhealthcare.nl/en/about-iq/mission-statement-and-view/>, abgerufen am 28.09.2017

*KAKuG - Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz* (2017): Fassung vom 24.08.2017 - <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285>

*KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung* (2013): QEP-Zertifizierung. QEP-Qualitätszielkatalog Version 2010. Leitfaden für Praxen, für Kooperationen, für MVZ, abrufbar unter [http://www.kbv.de/media/sp/Leitfaden\\_fuer\\_Praxen\\_MVZ\\_QEP\\_2010.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Leitfaden_fuer_Praxen_MVZ_QEP_2010.pdf)

*KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung* (2015): PraxisWissen - Qualitätsmanagement in der Praxis mit QEP. Informationen, Checklisten und Tipps, abrufbar unter [http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen\\_Qualitaetsmanagement.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Qualitaetsmanagement.pdf)

*KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung* (2016a): Statistische Information aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Stand 31.12.2016, abrufbar unter [http://www.kbv.de/media/sp/2016\\_12\\_31\\_BAR\\_Statistik.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2016_12_31_BAR_Statistik.pdf) (Stand: 21.09.2017)

*KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung* (2016b): KBV Qualitätsbericht Ausgabe 2016 – Berichtsjahr 2015, Hintergrundinfos und Services, Berlin, S. 133-143

*KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung* (2017a): QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen, <http://www.kbv.de/html/qep.php>, abgerufen am 18.09.2017

*KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung* (2017b): Liste der akkreditierten QEP-Zertifizierungsstellen 2017, [http://www.kbv.de/media/sp/Liste\\_der\\_akkreditierten\\_QEP\\_Zertifizierungsstellen.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Liste_der_akkreditierten_QEP_Zertifizierungsstellen.pdf), abgerufen am 18.09.2017

*KDZ – Zentrum für Verwaltungsforschung* (2015): CAF – Common Assessment Framework, <http://www.caf-zentrum.at/>, abgerufen am 24.08.2017

*Keurmerkinstituut* (2017): Keurmerken in de Zorgsector - <https://keurmerk.nl/sectoren/zorgwelzijn/keurmerken-in-de-zorgsector/>, abgerufen am 28.09.2017

*KNMG - Koninklijke Nederlandsche Maatschappij terbevordering van de Geneeskunst* (2017): Niederländische Ärztekammer - <https://www.knmg.nl/contact/about-knmg.htm>, abgerufen am 26.06.2017

*Kroneman M., Boerma W., van den Berg M., Groenewegen P., de Jong J. & van Ginneken E.* (2016): The Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition*, 18(2), Kopenhagen

*KTQ – Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen* (2017): <http://www.ktq.de/>, abgerufen am 19.09.2017

*KTQ-Qualitätsbericht* (2017): KTQ-Qualitätsbericht zum KTQ-Katalog 2.0 für Praxen. Dermaticum Privatpraxis für Dermatologie Prof. Dr.med. Rolf Hoffmann, abrufbar unter [http://www.ktq.de/fileadmin/Q\\_Berichte/KTQQB\\_730.pdf](http://www.ktq.de/fileadmin/Q_Berichte/KTQQB_730.pdf) (Stand: 19.09.2017)

*KVNO – Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein* (2017): Qualitätsmanagement – qu.no Zertifizierungsbedingungen, abrufbar unter <https://www.kvno.de/10praxis/50qualitaet/40qualmanage/index.html>, (Stand: 19.09.2017)

*KVWL – Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe* (2017): Versorgungsqualität. Qualitätsmanagement/KPQM, KPQM-Handbuch, abrufbar unter <https://www.kvwl.de/arzt/qsgm/management/index.htm#kvt11> (Stand: 19.09.2017)

*Laurent F., Sicsic J., Saint-Lary O.* (2015): Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI): quels impacts perçus par les médecins généralistes sur leurs pratiques ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 63, S.67–76

*Medical Council of New Zealand* (2011a): Health professional regulatory bodies - <https://www.mcnz.org.nz/fitness-to-practise/making-a-complaint/health-professional-regulatory-bodies/>, abgerufen am 13.10.2017

*Medical Council of New Zealand* (2011b): About us - <https://www.mcnz.org.nz/about-us/>, abgerufen am 11.10.2017

*Medical Council of New Zealand* (2016): Recertification and continuing professional development booklet, <https://www.mcnz.org.nz/assets/News-and-Publications/Booklets/Continuing-Professional-Development.pdf>, abgerufen am 03.10.2017

*medQ – Dr. Roman Haas Medical Quality GmbH* (2008): medQ.at - <http://www.medq.at/>, abgerufen am 12.09.2017

*Menot F.* (2014): Hospitals accreditation process in France. Haute Autorité de Santé. ERN Burssels 23/06

*Merkur S., Mossiales E., Ladurner J. & Lear J.* (2008): Quality in health care systems – with an emphasis on policy options for Austria. Executive Summary, London School of Economics and Political Science, abrufbar online unter <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content/contentWindow?viewmode=content&contentid=10007.695080>

*MG France* (2017): Politique de santé: La ROSP 2017

*NHG – Nederlands Huisartsen Genootschap* (2017): Akademie der niederländischen Hausärzte - <https://www.nhg.org/dutch-college-general-practitioners>, abgerufen am 26.06.2017

*NHS Choices* (2015): Homepage von NHS Choices - <http://www.nhs.uk/aboutNHSChoices/aboutnhschoices/Pages/what-we-do.aspx>, abgerufen am 29.09.2017

*NHS Digital* (2017): Quality and Outcomes Framework - <http://content.digital.nhs.uk/qof>, abgerufen am 28.09.2017

*NPA – Praktijkaccreditering* (2017): <http://www.praktijkaccreditering.nl/>, abgerufen am 28.09.2017

*ÖQMed - Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH* (2013): Ärztlicher Qualitätsbericht 2012. Die Evaluierung der österreichischen Arztordinationen und Gruppenpraxen gemäß Qualitätssicherungsverordnung 2006, Wien

*ÖQMed – Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH* (2012): <http://www.oeqmed.at/>, abgerufen am 19.07.2017

*Österreichische Ärztekammer* (2012): Verordnung der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Gruppenpraxen (Qualitätssicherungsverordnung 2012 – QS-VO 2012), Fassung vom 04.08.2017

*Österreichische Ärztekammer* (2013): Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über ärztliche Fortbildung, Fassung vom 30.08.2017

*Österreichische Zahnärztekammer* (2015): Verordnung der Österreichischen Zahnärztekammer zur Qualitätssicherung der zahnärztlichen Versorgung (Qualitätssicherungsverordnung 2015 der Österreichischen Zahnärztekammer – ÖZÄK-QSV 2015), Fassung vom 05.09.2017

*ÖZÄK - Österreichische Zahnärztekammer* (2017): Qualitätssicherung – Wer steckt hinter der praktischen Umsetzung, <http://www.zahnaerztekammer.at/zahnaerztinnen/qualitaetssicherung/>, abgerufen am 12.09.2017

*Pasche S. & Schrappe M.* (2001): Qualitätsmanagement. Begriffe und Konzepte, Med Klin 96: 497-502, Urban & Vogel, München

*Praxissiegel* (2016): Europäisches Praxisassessment - [http://praxissiegel.de/cms/front\\_content.php?idcat=57&lang=1](http://praxissiegel.de/cms/front_content.php?idcat=57&lang=1), abgerufen am 21.08.2017

*Praxissiegel* (2016): Vorteile von EPA - [http://praxissiegel.de/cms/front\\_content.php?idcat=77&lang=1](http://praxissiegel.de/cms/front_content.php?idcat=77&lang=1), abgerufen am 21.08.2017

*Qualitas* (2009a): News. Qualität & Co: ÖQMed nebelt weiter, Qualitas. Nr. 2, Schaffler Verlag GmbH, Graz

*Qualitas* (2009b): Erster Qualitätsbericht der ÖQMed: Dr. Gerald Bachinger im QUALITAS-Interview, Qualitas. Nr. 4, Schaffler Verlag GmbH, Graz

*Quality Austria* (2013): Informationsseminar EN ÖNORM 15224: 2012 - <http://www.qualityaustria.com/index.php?id=3525>, abgerufen am 23.08.2017

*Quality Austria* (2017a): Qualität - <http://www.qualityaustria.com/index.php?id=2187>, abgerufen am 23.08.2017

*Quality Austria* (2017b): Austria Gütezeichen für Arztpraxen - [https://www.qualityaustria.com/fileadmin/migrated/content/uploads/Flyer\\_Arztpraxen\\_02.pdf](https://www.qualityaustria.com/fileadmin/migrated/content/uploads/Flyer_Arztpraxen_02.pdf), abgerufen am 14.09.2017

*RNZCGP – The Royal New Zealand College of General Practitioners* (2017): Quality Standards – Aiming for Excellence & Foundation Standard, [https://www.rnzcgp.org.nz/RNZCGP/Im\\_a\\_Practice/Quality\\_standards/RNZCGP/Im\\_a\\_practice/Quality\\_standards.aspx?hkey=0772f166-012f-4fc3-af66-5104bc595e08](https://www.rnzcgp.org.nz/RNZCGP/Im_a_Practice/Quality_standards/RNZCGP/Im_a_practice/Quality_standards.aspx?hkey=0772f166-012f-4fc3-af66-5104bc595e08), abgerufen am 06.10.2017

- Schaffler R.* (2010): Ärztekammer Oberösterreich - Gallisches Dorf mit Folgewirkung fürs Imperium?, *Qualitas*. Nr. 4, Schaffler Verlag GmbH, Graz
- Schmidt A.E., Tarver L. & Ruppe G.* (2012): Innovations in Health Care Quality Measurement and Management in Austria, ECAB working paper, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Wien
- Schwartz F.W., Badura B., Busse R., Leidl R., Raspe H., Siegrist J. & Walter U.* (2000): Das Public Health Buch, Urban & Fischer, München, Jena
- Sécurité sociale* (2013a). Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2012, Prévisions 2013 et 2014. Paris, [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss\\_9-2013\\_vdef\\_15-11-2013.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss_9-2013_vdef_15-11-2013.pdf), <http://www.securite-sociale.fr/Les-comptes-de-la-Securite-sociale-Resultats-2012-previsions-2013-et-2014>, abgerufen am 22.09.2017
- SGB V – Sozialgesetzbuch Fünftes Buch* (2017): Gesetzliche Krankenversicherung, abrufbar unter <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/1.html>, Fassung vom 14.09.2017
- Szecsényi J., Broge B. & Wippenbeck P.* (2005): Europäisches Praxisassessment (EPA) – Die lernende Praxis. Qualitätsmanagement durch Assessment und Weiterentwicklung, AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen
- TNO – Nederlandse Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek* (2017): Niederländische Organisation für Angewandte Wissenschaftliche Forschung, <https://www.tno.nl/en/>, abgerufen am 27.09.2017
- ZIN – Zorginstituut Nederland* (2017): KiesBeter - <https://www.kiesbeter.nl/>, abgerufen am 26.09.2017





